



DOCUMENTOS DE TRABAJO

594

**La construcción del sistema universal
de salud en México 2012-2018: logros y
retos por resolver**

Sara Arce Sánchez

Marzo 2015



La construcción del sistema de salud universal en México 2012-2018: logros y retos por resolver

Sara Arce Sánchez

Fundación Rafael Preciado Hernández A.C.

Documento de Trabajo No. 594

Marzo 2015

Clasificación temática: Políticas Públicas

En el presente documento se abordan los principales logros alcanzados en materia de salud en nuestro país particularmente después de la materialización del Seguro Popular y en el marco de los fines básicos de un sistema de salud establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). De igual forma, se establecen los retos que la administración del Presidente Enrique Peña Nieto debe enfrentar para avanzar en la construcción de la reforma más trascendente desde hace décadas: la construcción del Sistema Universal de Salud (SUS). Por último, se establece una propuesta viable para avanzar en la edificación del citado Sistema.

Contenido

I.	Introducción.	1
II.	Justificación	3
III.	Objetivos de la investigación	5
IV.	Planteamiento y delimitación del problema.	6
V.	Marco teórico y conceptual de referencia	8
VI.	Formulación de hipótesis	12
VII.	Pruebas empíricas o cualitativas de las hipótesis	13
VIII.	Conclusiones y nueva agenda de investigación	29
IX.	Bibliografía	31

I. Introducción

“La mayor riqueza es la salud”
Virgilio

Hasta principios de este siglo, el acceso regular a los servicios de salud resultaba un privilegio de los trabajadores asalariados y sus familias, ya que estaban afiliados a instituciones de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que se financiaban con contribuciones federales, así como aportaciones de los patrones y los trabajadores.

Por su parte, la población no asalariada recibía servicios médicos a través de la Secretaría de Salud (SSA) sobre una base asistencial y se financiaba con asignaciones sujetas a negociaciones políticas y con un paquete de beneficios mal definido, lo que dio lugar a una serie de desequilibrios financieros como bajo nivel de gasto, un desembolso de los sectores no asegurados para financiar la salud, una distribución desigual de recursos públicos entre la población asegurada y no asegurada, así como entre entidades federativas ((Frenk *et.al.*, 2007)..

Con la creación de la política pública de bienestar social más importante de nuestro país durante la administración panista de Vicente Fox, se buscaron corregir los desequilibrios descritos, la cual recibió el nombre de Sistema de Protección Social en Salud y es mejor conocida por su parte operativa denominada *Seguro Popular*. La reforma para su invención fue aprobada en 2003 y comenzó a implantarse en enero de 2004. Su objetivo central ha consistido en brindar protección financiera en salud a los 50 millones de mexicanos que habían sido excluidos de los beneficios de la seguridad social.

De este modo, con la creación del Seguro Popular, se ha intentado subsanar una deuda histórica con la población más vulnerable del país que no contaba con algún esquema de seguridad social mediante la provisión de un paquete explícito e integral de servicios esenciales y de intervenciones de alta especialidad asociadas a enfermedades que generan desembolsos que pueden llevar al empobrecimiento.

Esta reforma implementada desde hace más de una década ha tenido importantes efectos en la operación del sistema de salud mexicano, impactos en la salud de los mexicanos y en sus niveles de protección financiera; sin embargo, *aún no se materializa de manera efectiva la garantía del derecho humano y constitucional a la protección de la salud* porque entre otras cosas las tasas de mortalidad infantil y

materna continúan siendo elevadas a la par que comienzan a presentarse con mayor prevalencia la obesidad, la diabetes y la hipertensión, los pagos de bolsillo para financiar la salud siguen siendo altos, los servicios públicos de salud se caracterizan por sus diferenciales en calidad y un segmento de la población mexicana en condiciones de pobreza aún no accede a los servicios médicos.

De este modo, existe la necesidad imperante de que los mexicanos asegurados y no asegurados estén protegidos contra riesgos sanitarios, cuenten con una vida larga y saludable a través de un política de promoción y prevención de la salud, gocen de protección financiera y cuenten con acceso afectivo a servicios de salud seguros y de calidad, por ello, en este documento, se discuten los logros y los desafíos para avanzar en una reforma de largo alcance encaminada a construir un Sistema Universal de Salud (SUS).

El propósito de la reforma en salud más importante en nuestro país después del Seguro Popular bosquejada en las administraciones panistas e impulsada en el presente sexenio no consiste en afiliar a los mexicanos a un determinado esquema de salud en detrimento de otro, sino pretende garantizar que todos los mexicanos independientemente de su institución de afiliación o derechohabiencia reciban servicios de salud de calidad y en condiciones de mayor equidad.

De igual forma, este documento argumenta que pese a la enorme expectativa generada al inicio de la presente administración de un reforma en salud *rápida y profunda*, si el propósito es edificar un SUS sustentable, equitativo y de calidad, deben emprenderse medidas graduales encaminadas a adaptar el sistema de salud a las necesidades de los mexicanos y en paralelo, las instituciones públicas de salud deben resolver inaplazablemente las problemáticas añejas operativas y de funcionamiento que las aquejan y que provocan bajos niveles de calidad, oportunidad, eficacia y seguridad.

II. Justificación

“Para el Gobierno de la República el derecho a la protección de la salud, es un derecho humano, no es un derecho laboral”.

Presidente Enrique Peña Nieto

Este documento resulta de importancia porque aborda el tema de la salud como la base del bienestar social, como requisito para lograr el desarrollo humano y como medida del progreso de una nación. En este sentido, este análisis explora los logros alcanzados en esta materia en el marco de los fines establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) enfáticamente después de la implementación del Seguro Popular, así como los retos que se piensa deben resolverse durante la administración 2012-2018 encabezada por el Presidente Enrique Peña Nieto para avanzar en una reforma fundamental y de largo alcance: la creación del Sistema Universal de Salud (SUS).

De igual forma, la relevancia del tema estriba en la finalidad de la construcción del Sistema Universal de Salud (SUS), consistente no solo en el simple reconocimiento del derecho de todos los mexicanos a la protección social en salud asentada en nuestra Carta Magna, sino en el ejercicio universal e igualitario de esta garantía humana y constitucional mediante la cristalización de un sistema de salud solidario, eficiente y equitativo.

En tercer lugar, la temática de este documento es preponderante porque la salud es bien público y porque la reforma propuesta por la presente administración requiere un impulso histórico, por lo que se considera indispensable la generación de líneas de pensamiento dentro del sector académico para establecer líneas de dirección y acción que permitan lograr que todos los mexicanos independientemente de su condición de aseguramiento o afiliación tengan acceso equitativo a los servicios de salud y elijan ser atendidos en establecimientos con altos estándares de calidad y seguridad.

En cuarto término, el espíritu de este documento parte de la envergadura de la reforma en salud, ya que el país requiere de un profundo cambio que permita mejorar el acceso a la asistencia médica, reducir las desigualdades entre instituciones de salud y entidades federativas y fusionar regímenes de salud.

De este modo, el presente documento delimita los avances alcanzados y los desafíos que deben enfrentarse para *asegurar el acceso efectivo de los mexicanos a servicios de calidad*, objetivo esencial de la construcción del SUS y factor clave para el desarrollo sostenido de nuestro país.

Vale la pena destacar que este análisis es un intento por generar líneas de

reflexión para que se delimiten acciones que reorienten el sistema con un enfoque en la atención primaria a la salud de forma integrada, continua y de alta calidad y para que mejore la eficiencia del sistema y la efectividad de la prevención de las enfermedades y los programas de promoción de la salud.

III. Objetivos de la investigación

- Identificar los principales avances en materia de salud circunscritos en el marco de los fines básicos de los sistemas de salud establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como los retos pendientes que debe enfrentar la administración 2012-2018 encabezada por el primer mandatario Enrique Peña Nieto para construir el Sistema Universal de Salud (SUS).
- A partir de lo anterior, establecer principales líneas de acción viables que deben emprender las instituciones públicas de salud para avanzar en la construcción del SUS durante la administración 2012-2018.

IV. Planteamiento y delimitación del problema

“He impulsado como propuesta de salud el avanzar

para *asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad* ... ya que considero que es una de las herramientas que contribuirán a fomentar la equidad y el desarrollo de nuestra nación.”

Mercedes Juan López

Hasta antes de la creación del Seguro Popular, el sistema público de salud mexicano enfrentaba una incapacidad para brindar cobertura a toda la población. Desde su creación, este seguro nacional introducido en 2003 ha brindado acceso a un paquete de servicios de salud integrales con protección financiera a más de 50 millones de mexicanos que previamente quedaban excluidos de la seguridad social.

De igual forma, la evidencia estadística revela que el Seguro Popular ha mejorado el acceso a servicios de salud, reducido la prevalencia de los gastos en salud catastróficos y empobrecedores, especialmente entre la población en condición de pobreza y ha aumentado la cobertura efectiva (Knaul *et al.*, 2013).

Sin embargo, el sistema de salud mexicano mantiene una configuración heterogénea y se encuentra desarticulado en torno a las necesidades de salud de la población, ya que la asistencia médica es prestada por redes de salud segmentadas que emplean a su propio personal, presentan duplicidades y los derechos están determinados por la situación laboral (Organización Panamericana de la Salud, 2013; González & Alarcón, 2013).

De este modo, los mayores proveedores de servicios de salud son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que atiende a personas con empleo formal, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para los empleados del sector público; por su parte, el Seguro Popular cubre a las familias restantes, el cual alcanza una cobertura casi completa de la población.

De igual forma, el avance en la cobertura no se ha traducido en un acceso equitativo a los servicios de salud, en mejoras de salud de la población ni en una atención médica de calidad.

Por un lado, los gastos administrativos son excesivos, los déficits de las instituciones de seguridad social se incrementan y el control de enfermedades crónicas es precario (González & Alarcón, 2013).

Por otro lado, existe una atención, calidad y desembolsos desiguales entre instituciones de salud. En el Seguro Popular, el número de consultas ambulatorias especializadas por cada 1 000 derechohabientes es de 47 mientras que en el IMSS es

de 101. También, el porcentaje de recetas no surtidas por las farmacias debido a falta de existencias es de 33% en el Seguro Popular en relación con 3.6% del IMSS (OCDE, 2015; ENSANUT, 2012).

Por último, posiblemente a causa que el Seguro Popular ofrece un paquete explícito de beneficios, los desembolsos de sus afiliados son en promedio \$456 en comparación con \$114 del IMSS, lo que es motivo de alarma porque dichos gastos son una fuerte carga financiera para la población que no cuenta con seguridad social (ENSANUT, 2012).

A partir de estos datos, se evidencia la necesidad de asegurar el acceso eficaz a asistencia médica de alta calidad para todos los mexicanos sin importar su situación laboral y por tanto, de discutir los retos para avanzar en la construcción del Sistema Universal de Salud (SUS), así como las principales líneas de acción para que su edificación sea equitativa y sustentable.

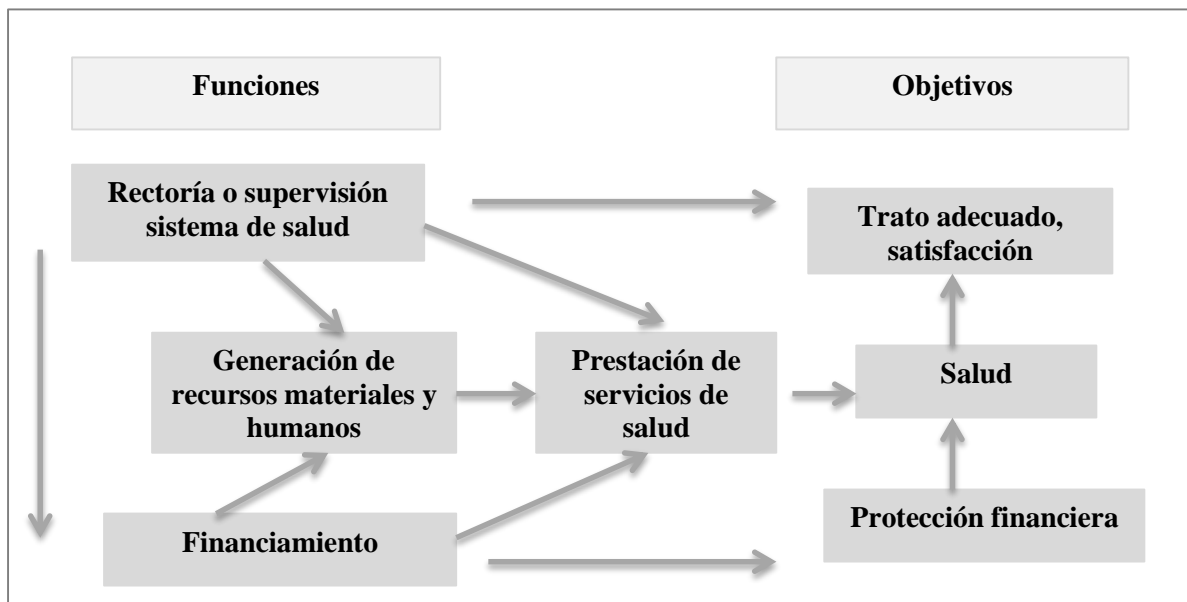
V. Marco teórico y conceptual de referencia

I. Funciones y objetivos medulares de los sistemas de salud

Como se muestra en la figura 1, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los objetivos de un sistema de salud se alcanzan mediante el desempeño de cuatro funciones básicas: la prestación de servicios, el financiamiento de dichos servicios, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud (Murray & Frenk, 2000; OMS, 2000).

Por su parte, los objetivos finales, básicos o intrínsecos de los sistemas de salud son tres: a) mejorar la salud de la población; b) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, y c) garantizar seguridad financiera en materia de salud (OMS, 2000).

Figura 1. Funciones y objetivos medulares de los sistemas de salud según la OMS



Fuente: OMS, 2000 con modificaciones propias.

La razón de ser de los sistemas de salud son mejorar la salud de sus poblaciones lo que implica alcanzar el mejor nivel posible de salud durante todo el ciclo de vida de

los individuos, lo que a su vez supone contar con un sistema de salud efectivo y que mejore preferentemente la salud de aquellos que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, por lo que el sistema de salud también debe ser equitativo.

Además, los sistemas de salud deben ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, lo que significa ofrecer servicios de salud respetando la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. También el trato adecuado implica que los usuarios cuentan con la posibilidad de elegir la clínica o médico tratante. El trato adecuado también supone la posibilidad de elegir al médico tratante o la clínica de primer, disponer de instalaciones adecuadas y esperar tiempos razonables para recibir atención médica

Finalmente, el tercer objetivo esencial de un sistema de salud es garantizar la seguridad financiera de los usuarios, lo que implica la existencia de esquemas de financiamiento en donde la proporción del gasto en salud de los hogares respecto de su capacidad de pago sea igual para todos y protejan a la población contra gastos excesivos por motivos de salud.

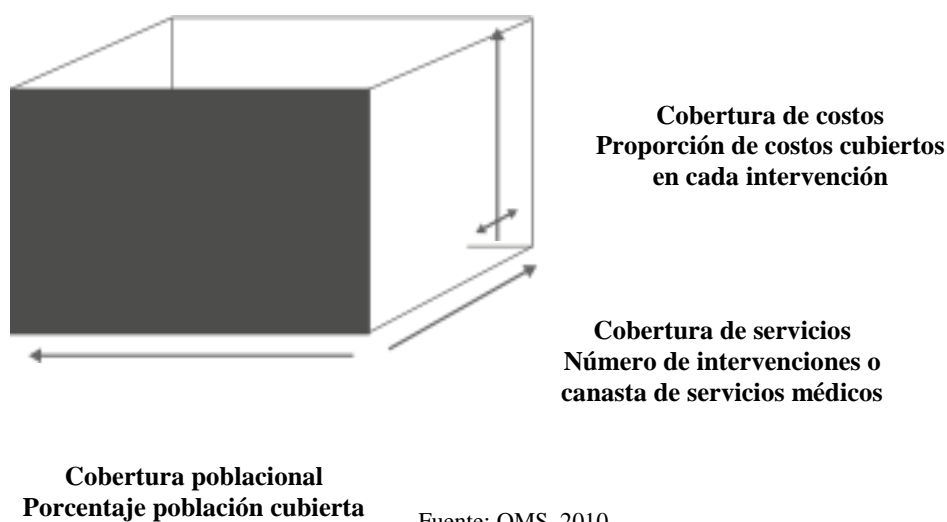
Cabe mencionar que existen otros importantes objetivos de los sistemas de salud, como la disponibilidad de insumos, el acceso y la utilización de los servicios, y el uso eficiente de recursos. Sin embargo, estos objetivos se denominan porque son deseables en la medida en que contribuyen a mejorar las condiciones de salud, el trato adecuado o la seguridad financiera, es decir, en la medida en que contribuyen a alcanzar los objetivos medulares del sistema de salud.

II. Cobertura universal en salud

En términos generales, no existe una definición consensuada del concepto; sin embargo, de acuerdo con la OMS, cobertura universal es aquella en donde los sistemas de salud están diseñados para proporcionar a toda la población el acceso a servicios sanitarios necesarios de calidad suficiente para que sean eficaces y garantizar que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades económicas.

Para avanzar en la cobertura universal, la OMS define tres vertientes: la amplitud de la cobertura (número de personas bajo protección social), la profundidad (prestaciones incluidas o derechos garantizados) y el nivel (la proporción en que se cubren los costos) como se muestra en la figura 2.

Figura 2. Tres dimensiones para avanzar en la cobertura universal



En términos prácticos, cobertura y acceso universal implican una visión más compleja relacionada no sólo con la dimensión poblacional sino con la cantidad y calidad de los servicios que se ofrecen y se brindan, y con el gasto que se impone a las personas y familias por causa de estos servicios.

En otras palabras, la cobertura universal en salud implica que la totalidad de la población reciba la atención que necesita con calidad sin que por ello tengan que sufrir dificultades económicas injustificadas (OPS, 2013).

Cabe mencionar que ningún sistema de salud en el mundo cuenta con cobertura universal en sus tres dimensiones, es decir, que cubra todos los padecimientos de la totalidad de la población y que los pague por completo. Sin embargo, en el ámbito internacional, la cobertura universal de salud suele entenderse únicamente como la provisión de servicios médicos de medicina familiar y especialidad esenciales para toda la población.

México, en teoría, a través del IMSS y el ISSSTE, se encuentra entre los países de la OCDE que cubren el mayor número de categorías de servicios primarios de salud al 100% de su costo.

VI. Planteamiento de hipótesis

1. Hipótesis de Investigación

1.1 El tránsito hacia la construcción de un Sistema Universal de Salud (SUS) que coadyuve a una mayor equidad en el acceso y calidad de los servicios de salud implica

que la administración 2012-2018 haga frente a retos asociados con los fines básicos de un sistema de salud establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

1.2. Para avanzar en la garantía que la atención de la salud sea accesible y de calidad en el momento en que la población mexicana lo requiera, es preferible que de forma gradual se edifique un Sistema Universal de Salud (SUS) y se arranque con una experiencia piloto en el que los mexicanos independientemente de su condición de aseguramiento o afiliación puedan decidir la institución en la que prefieren ser atendidos para un paquete primario de intervenciones que cuente con parámetros de evaluación homogéneos, así como reglas de operación, financiamiento y atención homologados.

Para probar las hipótesis, se realizará un reporte de corte descriptivo con un enfoque cuantitativo, por lo que se recolectarán datos para explorar y establecer los principales avances y retos que la presente administración debe enfrentar para avanzar en la construcción del Sistema Universal del Salud. De igual forma, a partir de ello, se planteará una propuesta realizable durante la presente gestión para sentar los pasos de la edificación del SUS.

Cabe mencionar, que “la investigación descriptiva busca especificar propiedades, características y rasgos de cualquier fenómeno que se analice” (Hernández, Fernández y Baptista, 2013, p. 119).

VII. Pruebas empíricas o cualitativas de las hipótesis

“La salud no lo es todo, pero sin ella todo es nada”

Arthur Shopenhauer

1. Avances y retos en materia de salud para avanzar en la construcción del Sistema Universal de Salud (SUS)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que los finales intrínsecos de los sistemas de salud son tres: a) mejorar la salud de la población, b) garantizar seguridad financiera en materia de salud y c) ofrecer un trato adecuado a los usuarios de servicios de salud.

En el marco de los fines asentados por la OMS, nuestro sistema de salud debe ser equitativo, resolver los problemas de salud de la población y protegerlos contra desembolsos catastróficos.

A partir de este marco de referencia, en este documento se establecen los principales avances conseguidos y los retos que la administración del actual Presidente Enrique Peña Nieto debe encarar con el fin de implementar el cambio más relevante en materia de salud después de la implementación del Seguro Popular: la creación del Sistema Universal de Salud (SUS).

Este estudio argumenta que para lograr un SUS equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, con particular enfoque en los grupos de la población que viven en condición de vulnerabilidad deben resolverse problemáticas añejas y complejas en cada institución pública de salud a fin de que los mexicanos mejoren su salud, cuenten con una atención de calidad y reciban un buen trato en su institución de afiliación o derechohabencia y adicionalmente, gocen de protección financiera en salud.

Esta investigación recomienda una construcción gradual del Sistema Universal de Salud, pese a la gran expectativa generada en torno a este importante proyecto, asimismo, considera adecuado que cada institución resuelva sus problemáticas operativas y de funcionamiento y que los avances emprendidos sean monitoreados por un órgano colegiado adscrito a una dependencia del gobierno federal autónoma y compuesta por representantes del sector de salud privado y de la sociedad civil.

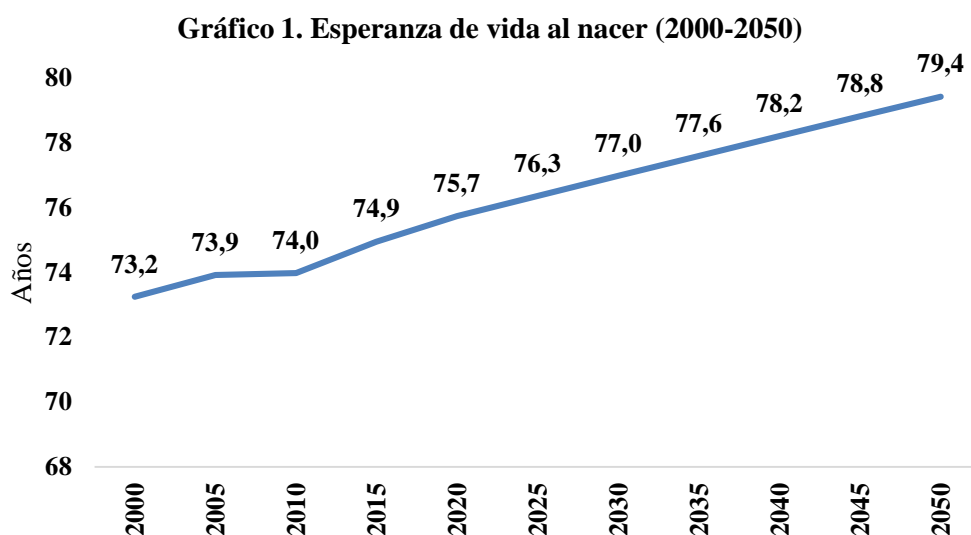
De igual forma, propone iniciar con el acceso efectivo a un paquete explícito de enfermedades prioritarias como la diabetes, el cáncer, el VIH SIDA y las emergencias obstétricas entretanto se realizan las reformas legislativas pertinentes y se enfrentan prontamente los retos que están provocando el deterioro de la salud de los mexicanos, la calidad de los servicios públicos y la crisis financiera de las instituciones de seguridad social.

1.1 Avances y retos para mejorar la salud de la población mexicana

1.1.1 Condiciones de salud de la población mexicana: indicadores básicos de salud

En las últimas cinco décadas, México ha realizado avances importantes en materia bienestar social, que se reflejan en los indicadores básicos del estado de salud de la población. Como se expone en el gráfico 1, de 2000 a 2015, la esperanza de vida de los mexicanos se ha incrementado de 73.2 años a casi 75 años de edad y se ha proyectado que continúe su tendencia creciente hasta casi alcanzar los 80 años en 2050 (Consejo Nacional de Población, 2013; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económica, 2014a).

Adicionalmente, las tasas de mortalidad han disminuido en prácticamente todos los grupos de edad. De 2000 a 2013, la tasa de mortalidad infantil sufrió un descenso de 20.9 muertes por cada 1,000 nacimientos a 12.8 fallecimientos por cada 1,000 nacimientos y la tasa de mortalidad materna disminuyó de 72.6 por cada 100,000 nacidos vivos a 54 por cada 100,000 vivos (CONAPO, 2013)¹



Fuente: Elaboración propia con información de CONAPO (2013). *Proyecciones de la población 2010-2050*, México y OCDE (2014b). *Health at Glance 2014: OECD Indicators*, OECD, Paris.

A pesar de los avances en estas métricas de salud, éstas aún no alcanzan el promedio de los países que integran la OCDE. La esperanza de vida de la población mexicana se ubica por debajo de la OCDE, las tasas de mortalidad infantil son casi tres veces superiores a la media del grupo de países que componen al citado organismo y de las más altas entre las naciones de América Latina.

Por su parte, la razón de mortalidad materna es casi seis veces más alta que el promedio de los países miembros de la OCDE, por lo que se incumplirá el quinto

¹ La tasa de mortalidad infantil se expresa como el número de muertes de niños menores de 1 año de edad expresadas por cada 1,000 nacimientos.

Objetivo del Desarrollo del Milenio planteado en 1990 por los países que componen la Organización de las Naciones Unidas (ONU) consistente en reducir 75% este tipo de fallecimientos entre 1990 y 2015 (OCDE, 2015; OCDE, 2014). Asimismo, con base en las estimaciones realizadas por Gómez-Morín & Furszyfer, (2015), los decesos de mujeres originados por abortos y septicemias maternas se incrementaron de 1998 a 2012, lo cual refleja un importante reto en materia de política de atención prenatal².

Cuadro 1. Indicadores básicos de salud de México y países que integran la OCDE, 2013

Indicador	México	Promedio OCDE
Esperanza de vida (años)	74.4	80.2
Esperanza de vida a los 65 años	18.7	19.1
Tasa de mortalidad infantil (por 1,000 nacidos vivos)	12.8	4.1
Razón de mortalidad materna (por 100 mil mujeres)	42.3	7.3
Mortalidad por enfermedades cardiovasculares (tasas estandarizadas por 100,000 habitantes)	272.9	296.4

Fuente: Elaboración propia con base en OCDE (2014a , 2014b) y Secretaría de Salud (2013).

1.1.2 Necesidades de salud de la población mexicana asociadas a las transiciones demográfica y epidemiológica

La mayor esperanza de vida, la disminución en las tasas de mortalidad y de fecundidad se está traduciendo en un cambio en la estructura de edades de los más de 118 millones de mexicanos, por lo que la población infantil se está reduciendo en relación con la población adulta y el número de personas de 65 años o más.

En particular, el porcentaje de niños menores de 5 años ha disminuido de 16.9% a 9.4% de la población mexicana durante el periodo de 1970 a 2013. Por el contrario, la proporción de personas con 65 años o más ha aumentado de 4.6% a 6.5% de la población mexicana (CONAPO, 2013).

Esta transición demográfica acompañada de hábitos no saludables por parte de la población mexicana y de un enfoque predominantemente curativo más que preventivo en las instituciones públicas que componen el sistema de salud del país, ha acelerado la mayor prevalencia de enfermedades crónico degenerativas no

² Gómez-Morín & Furszyfer, (2015) aluden a que solo se contabilizan las muertes maternas registradas en los certificados de defunción, por lo que ello nos aleja aún más del cumplimiento del quinto Objetivo del Milenio.

transmisibles como la obesidad, la hipertensión, la diabetes, las cardiovasculares y cánceres, así como las lesiones y los accidentes en comparación con los padecimientos transmisibles.

De este modo, la población mexicana vive más pero su calidad de vida sigue siendo un foco rojo para nuestro sistema de salud porque los mexicanos están padeciendo más discapacidades y enfermedades crónicas degenerativas, lo que se refleja en que México es el segundo país de la OCDE con mayor población con obesidad después de Estados Unidos, y en 2012, el 32.4% de la población mexicana adulta presentó esta problemática de salud. De igual forma, 1 de cada 6 adultos reportó diabetes, enfermedad que es la primera causa de mortalidad en nuestro país (OCDE, 2015; OCDE, 2014a).

De igual forma, las enfermedades crónicas comienzan a provocar un mayor número de defunciones desde los 20 años y se exacerbaban en el segmento de edad de 65 años y más. De este modo, el mayor número de muertes entre la población adulta se origina por la diabetes y las enfermedades cardiovasculares (Secretaría de Salud, 2013).

Cabe mencionar que la mayor incidencia de discapacidades y enfermedades crónicas degenerativas significará mayores presiones financieras para todas las instituciones de salud, ya que en 2008, el gasto total para atender dichas enfermedades representó 42 mil millones de pesos que equivale al 0.5% del PIB y se pronostica que en 2017 se duplicará si no efectúan acciones preventivas específicas.

De este modo, resulta un importante desafío contener el déficit financiero de las instituciones de salud ante la carga de enfermedades crónicas degenerativas y discapacidades privilegiando un enfoque preventivo y de promoción de la salud; de lo contrario, la seguridad social y la protección social se descapitalizarán hasta colapsar financieramente.

La prevención debe ser un esfuerzo sistémico e intersectorial que permita soslayar enfermedades y muertes evitables, ya que la atención en materia de promoción de salud genera una alta tasa de retorno, por lo que los recursos deben destinarse a acciones estratégicas y costo-efectivas.

1.1.3 Condiciones de salud de la población mexicana asociadas a las desigualdades estructurales

En las entidades con mayores grados de marginación como Chiapas, Guerrero, Oaxaca, la población sigue presentando problemas de desnutrición y enfermedades infecciosas, las cuales conviven con padecimientos de tipo crónico degenerativo no transmisible y lesiones lo que agrega una doble carga de enfermedad a los grupos sociales en condiciones de marginación.

Si bien, las disparidades en salud son propiciadas por inequidades estructurales como la pobreza, la falta de educación y el empleo, ellas producen un acceso desigual a los servicios de salud (Secretaría de Salud, 2014).

Las poblaciones dispersas son el mayor reto, la cobertura de servicios, personal médico, los insumos y la calidad es todavía deficiente en muchas regiones, tanto urbanas como rurales, prueba de ello es el alto gasto per cápita en salud de la población de todos los deciles de ingreso, de la afiliada a la seguridad social como al Seguro Popular y de la no afiliada ni a la seguridad social ni a un sistema de protección (ENSANUT, 2012).

1.2 Avances y retos para garantizar protección financiera en salud

1.1.2 Estado de la cobertura en salud

La cobertura de salud en México ha tenido avances importantes durante los últimos 70 años. Los hitos que destacan en este proceso son:

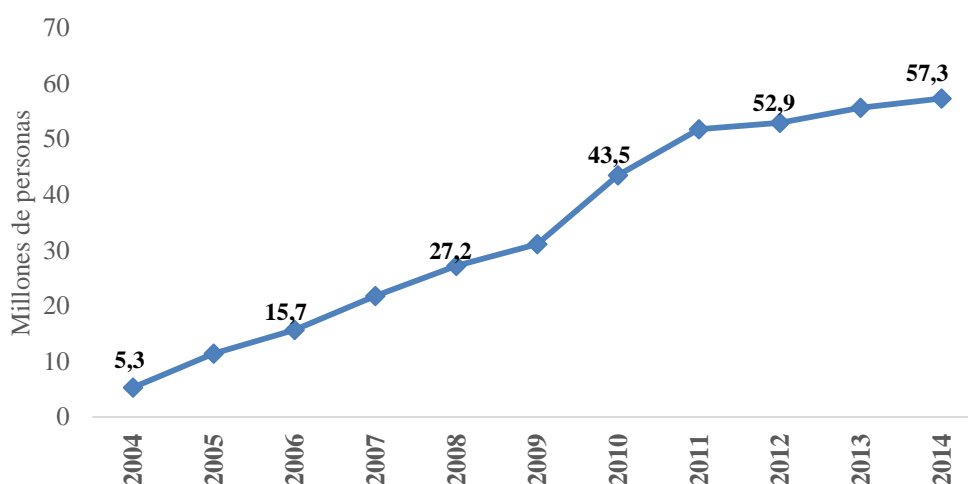
- En 1943 se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para darle seguridad social a los trabajadores asalariados.
- En 1960 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para darle seguridad social a los trabajadores al servicio del estado.
- En 1979 se creó IMSS Coplamar (Oportunidades) para dar servicios de salud a las comunidades rurales y/o marginadas.
- En 2003 se creó el Seguro Popular para dar servicios de salud a la población sin algún esquema de seguridad social.

De este modo, antes de 2003, los trabajadores del sector privado, de los gobiernos federal y estatal tenían acceso al IMSS y al ISSSTE, asimismo, los empleados en las Fuerzas Armadas y Pemex contaban con esquemas específicos, por lo que se brindaba cobertura a 59% de la población y aproximadamente menos del 3%

tenía algún seguro médico privado. Por su parte, el resto de la población que no tenía un empleo formal o se autoempleaba carecía de un esquema de aseguramiento, lo que propiciaba pagos de los servicios médicos en el momento de su utilización y ponía en riesgo su patrimonio y el de sus familias (Ávila-Burgos *et al.*, 2013)

En 2003³, con la creación de una de las políticas públicas de bienestar social más importantes en México implementada durante la administración foxista denominada *Sistema de Protección Social en Salud*, conocida como *Seguro Popular*⁴ y operada por los Servicios Estatales de Salud (SESA), se ha incrementado vertiginosamente la cobertura de servicios de salud a más de la mitad de la población sin algún esquema de seguridad social y en su mayoría ubicados en situación de marginación, ya que de 2004 a 2014, el número de personas con acceso a un paquete explícito de servicios de salud aumentó de 2.2 millones a 57.3 millones en 2014 como se plasma en el gráfico 2 (CNPSS, 2015).

Gráfico 2. Afiliación acumulada al Seguro Popular (2003-2014)



Fuente: Elaboración con base en datos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud.

De esta forma, como se muestra en la Tabla 1, con la creación del Seguro Popular, de acuerdo con datos oficiales, el total de la población en México puede contar con servicios de salud provistos por las tres principales instituciones y esquemas

³ El 15 de mayo de 2003 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación, las reformas y adiciones a la Ley General de Salud (LGS), que, entre otras, incluyó el Título Tercero Bis: De la Protección Social en Salud, creando con ello el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), mejor conocido como Seguro Popular, cuyas disposiciones entraron en vigor en el 2004.

⁴ Cabe mencionar que sus catalizadores normativos previos consistieron en la inclusión del derecho a la protección de la salud en el artículo 4 de la Constitución en 1983; la expedición de la Ley General de Salud en 1984 y el proceso de descentralización de los servicios de salud a las entidades federativas de los años noventa.

públicos como el IMSS, Seguro Popular, ISSSTE, lo que ha posibilitado avanzar en la cobertura poblacional en esta materia.

Gráfico 3. Derechohabientes o afiliados por institución pública de salud
(millones de personas)

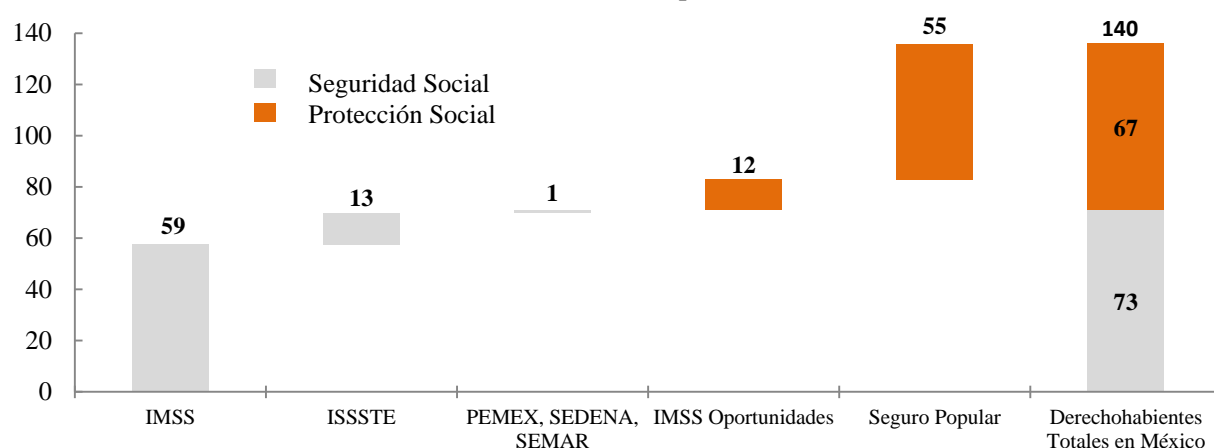


Tabla 2. Población por condición de aseguramiento, 2013
(miles, cifras al cierre del año)

Institución de salud	Número de asegurados/afiliados	Porcentaje población nacional ^{1/2}
IMSS	71,368	60.28
Régimen ordinario	59,513	50.27
Asegurados ^{3/}	23,544	19.89
Pensionados ^{4/}	3,424	2.90
Familiares	32,545	27.49
IMSS Prospera	11,855	10.01
Seguro Popular (SS)	55,638	46.99
ISSSTE	12,631	10.67
PEMEX, SEDENA, SEMAR	1,883	1.59
Otras instituciones públicas	944	0.80
Instituciones privadas ^{5/}	2,049	1.73

^{1/} La población nacional se obtiene del valor proyectado para 2013 a mitad de año por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el cual corresponde a 118,395 personas.

^{2/} La suma de los porcentajes de las instituciones públicas y privadas supera el 100 por ciento, ya que existe posibilidad de duplicidad en la condición de aseguramiento de la población.

^{3/} Incluye a trabajadores del sector privado, trabajadores IMSS, estudiantes, familias de los trabajadores IMSS y la Comisión Federal de Electricidad (CFE), titulares y familiares del Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) y la Continuación Voluntaria al Régimen Obligatorio.

^{4/} Abarca a los pensionados del IMSS como patrón y los pensionados del sector privado.

^{5/} El último dato actualizado data del 2012.

Fuente: Elaboración propia con base en Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2013-2014, IMSS, 2014, p. 52-53 y Programa Institucional del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018, IMSS, 2014, p. 7.

Asimismo, desde la invención del citado Sistema, la evidencia estadística revela una reducción de aproximadamente 23% en los gastos catastróficos entre los afiliados, así como una disminución en el porcentaje de hogares que incurren en gastos en salud

empobrecedores de 3.3% en 2004 a 2% en 2010 (Grogger, Arnold, León, Ome & Triyana, 2011; King et al., 2009; Knaul *et al*; 2013)⁵.

Si bien el Seguro Popular ha sido un mecanismo fundamental para mejorar el desempeño del sistema público de salud y ofrecer protección financiera en materia de salud a los mexicanos que no cuentan con ningún tipo de seguro público de salud, la Auditoría Superior de la Federación en la revisión de la Cuenta Pública 2013 documenta que un 3.8% de la población aún carece de acceso alguno a servicios de salud, lo cual resulta grave porque se trata de un sector en condiciones de vulnerabilidad (ASF, 2013)⁶.

Asimismo, existe una clara división entre la provisión de servicios de salud de las instituciones de seguridad social del IMSS, ISSSTE y aquellos brindados por el Seguro Popular, ya que ambos esquemas protegen la salud de los mexicanos; sin embargo, las instituciones de seguridad social han ofrecido tradicionalmente una mayor cobertura en intervenciones (Martínez & Molano, 2013).

En este tenor, el Sistema otorga a sus afiliados un paquete de servicios limitados a 344 padecimientos, 285 esenciales y 59 de alta complejidad (CNPSS, 2015) en comparación con los proveedores de seguridad social más grandes como el IMSS y en el ISSSTE que ofrecen todos los servicios de salud, lo que abona a la desigualdad en la prestación de servicios médicos⁷.

Mantener segmentado el financiamiento dirigido a poblaciones diferentes, como sucede en el actual sistema mexicano, es ineficiente, pues duplica esfuerzos y aumenta los costos de administración y de los múltiples sistemas de información. La segmentación también impide alcanzar la equidad y una protección cabal de riesgos en el sistema.

De este modo, en la práctica existe gran heterogeneidad de cobertura y acceso entre las diferentes instituciones públicas de salud que se refleja en la alta demanda no

⁵ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el gasto catastrófico se mide como 30% o más del ingreso disponible, que a su vez se define como el gasto total del hogar menos el gasto en alimentos.

⁶ De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2012 (ENIGH 2012), si se comparan las respuestas que los encuestados aportaron si se encuentran en el primer decil de ingresos (10% más pobre de la población) o en el décimo decil (10% más rico de la población), solo el 5.23% de las personas en el primer decil dijeron estar afiliados a alguna institución para recibir atención médica, mientras que 68.7% de las personas ubicadas en el último decil afirmaron ello.

⁷ De manera similar, el número de consultas proporcionadas por el IMSS es de 101 por cada 1,000 derechohabientes mientras que en el Seguro Popular es de 47.

atendida y se explica principalmente por las barreras de acceso, disponibilidad y capacidad de atención de las instituciones públicas de salud, ya que 36% de los derechohabientes del IMSS, ISSSTE y Seguro Popular no demandan atención médica en la institución de afiliación: 18% acude al médico privado, 12% a consultorios de farmacias y 6% a otras instituciones públicas (ENSANUT, 2012).

De igual forma, el desembolso en medicamentos y exámenes de laboratorio de los afiliados del Seguro Popular es de 456 pesos en comparación con los 114 pesos del IMSS y el gasto de bolsillo global de los mexicanos es de 50%, el más alto de los países que componen la OCDE (OCDE, 2014; Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012).

Los gastos en salud efectuados por los mexicanos llaman a considerar aspectos relacionados con la calidad de los servicios públicos, tanto la competencia profesional de los médicos como la percibida por los usuarios. Es decir, los usuarios eligen servicios privados por la conveniencia en el acceso o por los resultados esperados en salud (Gutiérrez, 2013).

1.1.2 Provisión de infraestructura y recursos humanos en contacto con el paciente

El reto de cobertura en salud implica abarcar lo antes posible a la totalidad de la población pero también lograr una mayor planeación sectorial de infraestructura y recursos humanos para contar con capacidad física y operativa suficiente y adecuada para atender la salud de los mexicanos en todas las etapas de su vida, ya que el número de camas por 1,000 habitantes es de 1.6, indicador que se encuentra tres veces por debajo del promedio de los países que componen la OCDE y que ubica a México en último lugar (OCDE, 2013a).

Adicionalmente, la OMS estableció la relación mínima necesaria para la atención de servicios en esta materia de salud en 23 profesionales (doctores, enfermeras y parteras) por cada 10 mil habitantes; y en México había, en 2011, 2.2 médicos o especialistas y 2.7 enfermeras por cada 1,000 habitantes, lo que es insuficiente de acuerdo con ese organismo y conforme al ritmo de crecimiento de la afiliación o derechohabiencia (OCDE, 2013b).

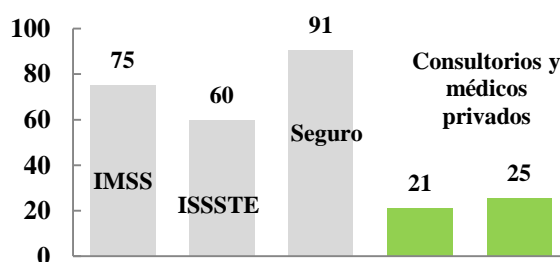
1.3 Ofrecer un trato adecuado a los usuarios de servicios de salud

La falta de acceso efectivo de los mexicanos a los servicios de salud está ligada adicionalmente a problemas operativos y de funcionamiento de las instituciones públicas, ya que de acuerdo con datos de la ENSANUT 2012, el 37% de los usuarios

que solicitaron consulta y no la recibieron expresaron como principales motivos que no alcanzaron ficha, que había mucha gente, que no encontraron donde atenderse o debido a la mala calidad de los servicios de salud.

Adicionalmente, los tiempos de espera para recibir consulta son heterógenos entre instituciones públicas de salud. En el primer nivel de atención médica, el tiempo promedio de espera del IMSS es de 75 minutos mientras que en el Seguro Popular es de 91 minutos. Esta diferencia se exagera si se relaciona con la atención privada, ya que en promedio se espera 75 minutos para recibir atención médica en las instituciones públicas de salud contra 23 minutos de las instituciones privadas (ENSANUT, 2012).

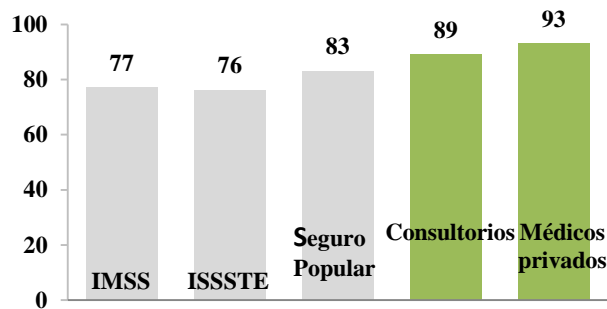
Gráfico 4. Tiempo de espera para recibir servicio médico de primer nivel por institución de atención (Minutos)



También existen contrastes en el nivel de surtimiento de medicamentos entre las principales instituciones públicas de salud, ya que en 2012, el nivel de recetas completamente surtidas fue de 86% en el IMSS, 69% en el ISSSTE y 67% en el Seguro Popular (ENSANUT, 2012).

Cabe mencionar que un importante elemento es la satisfacción con el trato recibido o la calidad de los servicios otorgados percibida por los usuarios. De este modo, las instituciones públicas de salud presentan porcentajes de satisfacción divergentes entre sí y sustantivamente menores comparados con la de las instituciones privadas.

Gráfico 5. Satisfacción con la atención médica recibida por institución de salud (Porcentaje de usuarios que calificaron el servicio que les proporcionó el personal que los atendió como muy bueno o bueno)

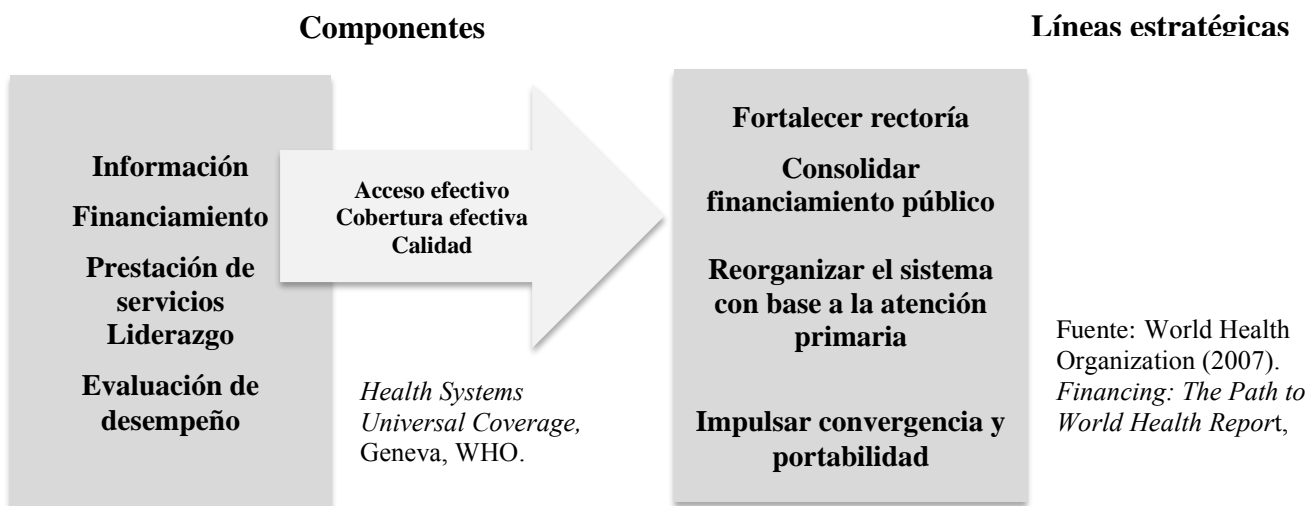


Fuente: ENSANUT, 2012.

De este modo, el sistema público de salud enfrenta retos para mejorar la calidad de la atención médica y para lograrlo se requiere de la capacitación a médicos y enfermeras, la profesionalización de los administradores públicos en salud, la planeación y ejecución eficientes de las cadenas de suministro de medicamentos e insumos en salud, un marco de incentivos correctos al desempeño médico, mejores tecnologías y sistemas de información para administrar los expedientes clínicos y producir mejores diagnósticos para los usuarios de servicios médicos.

Gran parte de los componentes y líneas estratégicas de SUS se enuncian en la figura 3.

Figura 3. Componentes y líneas estratégicas del sistema universal de salud



El gran reto de la presente administración consiste en unificar la calidad de los servicios médicos y lograr un acceso efectivo a los servicios de salud, por lo que es fundamental que todas las instituciones públicas de salud y en todos los estados de la República Mexicana se brinde atención médica homologada, resolutive y de calidad.

2. Propuesta viable para avanzar en la construcción del Sistema Universal de Salud (SUS) en la administración 2012-2018

2.1 Avanzar en reformas legislativas que sienten las bases de creación del SUS

Resulta indispensable avanzar en las medidas legislativas que sustenten la creación del SUS mediante una reforma *que fortalezca la rectoría de la Secretaría de Salud, que materialice el derecho humano a nivel constitucional para que toda persona, independientemente de su condición social o estatus laboral, tenga garantía de acceso efectivo y con calidad a los servicios de salud; se sienten las bases jurídicas para desarrollar un sistema de salud homogéneo que permita unificar el acceso efectivo a la prestación de los servicios de salud y se fortalezca la transparencia y la rendición de cuentas del ejercicio de los recursos que se destinen al financiamiento de los servicios de salud.*

Estas medidas pueden coadyuvar a delimitar aspectos de rectoría, planeación y financiamiento para que se desarrolle un sistema de salud homogéneo sustentable, así como para introducir mejoras en el funcionamiento del Seguro Popular para aumentar el acceso efectivo a los servicios de salud y el uso racional y transparente de los recursos.

Cabe mencionar que el pasado 2 de octubre, la senadora panista Maki Ortiz Domínguez afiliada al Partido Acción Nacional (PAN) presentó, con el respaldo de todos los integrantes de su Grupo Parlamentario, una iniciativa para reformar los artículos 4 y 73 fracción XVI de la Constitución, a fin de crear el Sistema Universal de Salud para que se garantice a toda la población el acceso efectivo a los servicios de salud, en condiciones de equidad y calidad.

La propuesta plantea que en caso de no poder brindar el servicio por falta de infraestructura o saturación, el IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud, Sedena, Secretaría de Marina y Pemex podrán redireccionar a sus derechohabientes a otra institución pública. De igual forma, la propuesta contempla la creación de la Comisión Nacional de Salud Universal conformada por las instancias prestadoras y pagadoras de servicios de salud, como son el Seguro Popular, IMSS, ISSSTE, así como por las dependencias rectoras: Secretaría de Salud y Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

2.2 Acelerar creación de órgano que regule y monitoree calidad de servicios médicos

Este estudio considera que el primer paso para avanzar en la construcción de un SUS con los objetivos instrumentales de asegurar el acceso efectivo, equitativo, integral, sustentable, efectivo y de calidad, esto es, un sistema de salud que garantice los mayores beneficios en salud, a través del acceso a un amplio paquete de servicios de alta calidad y que prevenga contra las contingencias financieras en salud, implica *que cada institución pública de salud atienda las problemáticas añejas y complejas antes mencionadas para lograr un nivel de acceso, oportunidad, eficacia y calidad mínimo aceptable de acuerdo con los estándares internacionales de la OCDE y la OMS.*

Dicho lo anterior, uno de los retos más importantes para este sexenio antes de la consolidación del SUS consiste en cimentar sus bases para avanzar en la garantía del acceso efectivo a la salud independientemente de la condición social o status laboral de los mexicanos.

Por ello, se piensa que el primer paso que debe realizar el gobierno del Presidente Enrique Peña Nieto es acelerar la creación de la instancia que mandató el pasado abril de 2014 consistente en un órgano que vigile y regule la calidad y el acceso a los servicios de salud y se integre por representantes del sector de salud privado, público y de la sociedad civil.

La finalidad es que este órgano sostenga su autonomía y monitoree la calidad de los servicios de salud mediante la integración de un sistema de información nacional que permita el seguimiento operativo y financiero de las instituciones públicas de salud y en ese sentido, permita establecer parámetros de calidad, oportunidad, seguridad y eficacia que conduzcan a un acceso efectivo, una cobertura efectiva y a la calidad de los servicios de salud.

Cabe resaltar que la creación de este organismo debe estar acompañado del fortalecimiento de las atribuciones de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) a fin de conseguir que los usuarios de servicios de salud estén protegidos contra las negligencias médicas de las instituciones públicas de salud⁸.

2.3 Transitar gradualmente hacia el SUS: Paquete universal primario de salud

⁸ Este organismo opera a petición de los pacientes y médicos, asimismo, su trabajo se concentra en asesorías especializadas y orientaciones.

La transición hacia el SUS debe ser gradual para dar oportunidad de que las instituciones públicas de salud mejoren su capacidad de respuesta, eleven la calidad de los servicios médicos y generen mayor igualdad en el acceso.

En el caso particular del Seguro Popular, el reto es mejorar su funcionamiento, transparencia y ampliar el paquete de beneficios médicos a la población para disminuir desigualdades entre instituciones y en las condiciones de salud de la población.

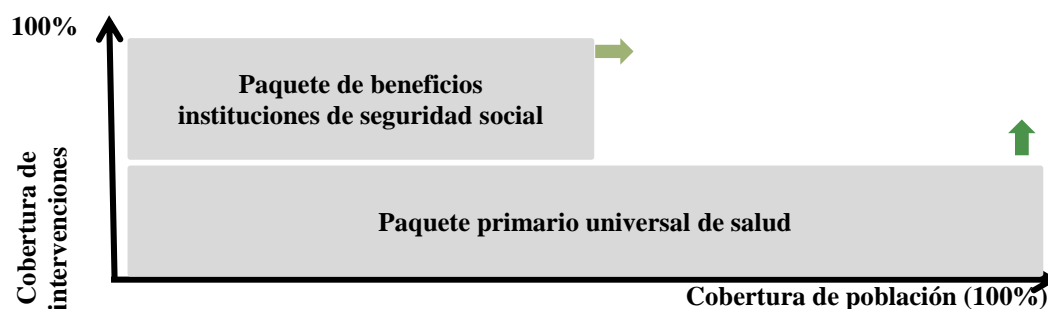
Durante la administración 2012-2018, se considera importante la integración y consolidación de un grupo colegiado en salud conformado por el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, el Seguro Popular, la Secretaría de Salud y la Secretaría de Hacienda para definir el paquete inicial predeterminado y acotado de servicios de salud o *primer paquete universal de salud* con base en la capacidad resolutoria y las necesidades de salud de la población (perfil epidemiológico y demográfico).

Asimismo, este cuerpo colegiado deberá integrar un padrón de beneficiarios confiable, delimitar las reglas de acceso, los protocolos de atención médica, las bases financieras, operativas y tecnológicas para el intercambio de servicios entre instituciones, así como los mecanismos para difundir entre la población las intervenciones cubiertas.

De este modo, las personas que actualmente no cuentan con seguridad social tendrían acceso a los servicios que incluye el *paquete primario universal de salud* y podrían atenderse en cualquier institución de salud pública. Por su parte, los individuos con seguridad social mantendrían el derecho a recibir su actual paquete de beneficios en su institución de afiliación y tendrían acceso al *paquete universal primario de salud* en cualquier institución pública.

De esta manera, se pretende avanzar en la cobertura poblacional sobre una cobertura de intervenciones básica y efectiva para sentar las bases de funcionamiento del Sistema Universal de Salud. Sin embargo, el paquete de servicios de salud debe ampliarse progresivamente y actualizarse con base en los cambios en el perfil epidemiológico, los avances tecnológicos y la disponibilidad de recursos, como se muestra en la figura 4.

Figura 4. Cobertura paquete primario universal de salud



Fuente: Elaboración propia con base en Martínez & Molano, (2013).

El escalonamiento de los servicios de salud debe basarse en la capacidad resolutoria y la complejidad de proveedores de servicios. Por ello, la importancia de la construcción y puesta en marcha de un paquete inicial de intervenciones.

Para el funcionamiento del intercambio de este paquete primario entre instituciones públicas de salud se requiere la definición y establecimiento de intervenciones que serán cubiertas, el desarrollo de un mecanismo de pago interinstitucional para el intercambio de servicios médicos y la homologación de la contribución que el gobierno federal hace por cada mexicano a cada una de las instituciones de salud.

Esta propuesta inicial consideraría a las personas y a sus familias como el eje del sistema de salud y les ofrecería acceso a servicios de salud de mayor calidad y con mejor trato a través de los siguientes mecanismos:

1. Competencia. Se brindaría a los mexicanos acceso efectivo a un paquete explícito de intervenciones y mejoraría la calidad de los servicios de salud a través de la competencia entre las instituciones públicas de salud que buscarían atraer usuarios con base en una mejor oferta de servicios médicos.

2. Eficiencia. Se establecería un financiamiento en que las instituciones públicas de salud recibirían el mismo pago por los servicios ofrecidos y tendrían incentivos para volverse más eficientes, transparentar sus costos y mejorar su rentabilidad.

3. Uso eficiente de la capacidad instalada. Se brindaría a las personas la libertad de elegir en qué institución pública de salud atenderse los padecimientos cubiertos por el paquete de salud, lo que generaría una distribución más eficiente de la oferta y la demanda de servicios.

En síntesis, con la prestación de servicios de salud a través de la integración funcional de las instituciones, el usuario podría recibir atención a la salud donde la

requiera, se aprovecharía la capacidad instalada y mejoraría la resolutiva del sistema en su conjunto.

VIII. Conclusiones

El sistema de salud mexicano ha avanzado en la construcción de una política de estado en materia de salud derivada de la materialización de reformas significativas como la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), conocido en su parte operativa como Seguro Popular, el cual desde su creación hasta la fecha, ha otorgado protección financiera a más del 50% de la población que carecía de seguridad social.

Los cambios sustantivos emprendidos para fortalecer el desempeño del sistema de salud público mexicano han propiciado una mayor esperanza de vida y una disminución en las tasas de mortalidad materna e infantil; sin embargo, estos logros contrastan con el hecho que 25% de la población mexicana sigue sin acceso a los servicios médicos y que se realizan desembolsos catastróficos cercanos al 50%, formas más ineficientes e inequitativas de financiar los servicios de salud. Todo ello originado por la fragmentación histórica e ineficiente del sistema de salud mexicano.

De ahí la importancia de establecer los avances en materia de salud pero también los retos que la administración 2012-2018 debe encarar para transitar sostenida y exitosamente el camino hacia la universalidad de los servicios de salud

La visión del Sistema Universal de Salud que se propone construir durante la gestión actual implica una rectoría efectiva y un financiamiento solidario con el fin de ofrecer una cobertura universal con acceso efectivo, integral, incluyente, equitativa, viable, efectiva y de calidad sustentada en un modelo de atención primaria de la salud preventivo y resolutivo.

Claramente, un futuro de universalización en salud en las condiciones que previó el Plan Nacional de Salud de la administración de Felipe Calderón y que la gestión de Enrique Peña Nieto ha estado impulsando desde su campaña política, requiere hacer frente a viejas problemáticas como la falta de calidad de servicios médicos y de acceso efectivo a los mismos, pero también a las transiciones demográfica y epidemiológica que ha implicado que la población mexicana viva más pero presenta más enfermedades crónicas y degenerativas y discapacidades.

De este modo, es necesario un ajuste importante en la estructura de incentivos desde la legislación hasta las instituciones del sector salud. Los cambios deben iniciar con lo siguiente:

- La resolución de problemas de ineficiencia, inequidad y calidad por parte de las instituciones públicas de salud para iniciar el intercambio de servicios con techos

mínimos aceptables de atención médica; de lo contrario, disminuirá la resolución de la institución de salud con los mayores niveles de calidad y mejor capacidad.

- La creación de una comisión que regule y vigile la calidad de los servicios médicos, así como el acceso efectivo a la atención médica, la cual debe implementar un sistema de evaluación de desempeño.
- El impulso a las reformas a la Constitución y la Ley General de Salud para que la población mexicana tenga acceso a los servicios con calidad independientemente de sus características individuales.
- Un paquete básico de salud financiado de manera integral en la ruta hacia la convergencia, la portabilidad para avanzar gradualmente en la edificación del Sistema Universal de Salud.

El reto de la presente administración consiste en sentar las bases legales y operativas para transitar de una asignación inercial de recursos basada en presupuestos históricos a una gestión estratégica de servicios para mejorar la calidad de la atención y la eficiencia del sistema con el objeto de proporcionar servicios de salud con base en las necesidades de la población, los costos, la calidad y los resultados de los servicios médicos prestados.

IX. Bibliografía

Ávila-Burgos, L., Serván-Mori, E., Wirtz, V., Rubí, S., Salinas-Rodríguez, A., & Bautista-Arredondo, S. (2013). Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación. *Salud Pública*; 55 (2), 91-99.

Auditoría Superior de la Federación.(2015). *Informe de Resultado de la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2013*. México. Recuperado de http://www.asf.gob.mx/Section/58_Informes_de_auditoria

Consejo Nacional de Población. (2013). *Proyecciones de la Población e Indicadores Demográficos Básicos de México a Nivel Nacional 2010-2050*. México. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>

Frenk, J *et.al.* (2007) Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México; *Salud Pública en México*; 49, suplemento 1, s23-s36.

Gómez-Morín, E.L., & Furszyfer.(2005). Reducir la mortalidad maternal: una prioridad para México. *Animal Político*. México. Recuperado de <http://www.animalpolitico.com/blogueros-el-blog-de-mexico-evalua/2015/02/26/reducir-la-mortalidad-materna-una-prioridad-para-mexico/>

Grogger, J, Arnold, T, León, A.S, Ome, A, Triyana, M. (2011). *Identificación y análisis de los efectos del Seguro Popular en el gasto en salud de los afiliados*. México: CIDE. Reporte interno.

Gutiérrez, J.P. (2013). Cobertura universal de salud en México: las brechas que persisten. *Salud pública*; 55(2),153-154.

González, B. M & Alarcón, J. (2013). *Retos del sistema de salud mexicano y opciones de reforma*. Convención de aseguradores de México (AMIS).

Hernández, Fernández & Baptista. (2003). *Metodología de investigación*. México: Mc Graw Hill.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2014a). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2013-2014*. México. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informe-2013-2014>.

_____(2014b). Programa del Instituto Mexicano del Seguro Social 2014-2018. México. Recuperado de http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/PIIMSS_2014-2018_FINAL_230414.pdf.

Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. México. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/>

King, G., Emmanuela, G., Kosuke, I., Ryan, T.M., Clayton, N., Nirmal R., Manett V. et al. (2009). Public policy for the poor? A randomized assessment of the Mexican universal health insurance program. *The Lancet* 373(4): 1447-54. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60239-7.

Knauth et al. (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud Pública*; 55(2), 207-235. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61068-X.

Martínez, V.A., & Molano, M. R. (2013). *México del 2013: Propuesta para transformar el Sistema Nacional de Salud*. México: Centro de Espinosa Yglesias.

Murray CJL, Frenk J. A. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*;78:717-31.

Organisation for Economic Cooperation and Development. (2014a). *Health data 2013*. Recuperado de <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm>

OECD. (2014b). *Health at Glance 2014: OECD Indicators*, OECD, Paris.

OECD. (2015). *Estudios Económicos de la OCDE: México 2015*. Recuperado de <http://www.oecd.org/economy/surveys/Mexico-Overview-2015%20Spanish.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de www.who.int

Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Cobertura Universal en Salud (2013): Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México*. México: OPS-OMS. Recuperado de <http://www.paho.org/mex/>

Secretaría de Salud. (2013). *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. México. Recuperado de <http://www.spps.gob.mx/programa-sectorial-2013-2018.html>

World Health Organization (2007). *Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage, World Health Report*, Geneva, WHO.

Documentos de Trabajo es una investigación de análisis de la Fundación Rafael Preciado Hernández, A. C. a petición del Partido Acción Nacional.

Registro ante el Instituto Nacional de Derechos de Autor en trámite

Fundación Rafael Preciado Hernández, A.C.

Ángel Urraza No. 812, Col. Del Valle, C.P. 03100, México, D. F.

