

CAPÍTULO CUARTO

HACIA UN NUEVO SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

A lo largo de la presente investigación hemos destacado que la salud es un derecho humano inmerso en la enorme vertiente de los derechos humanos, con un fundamento de orden jurídico anclado en normas de *ius cogens*. Lo anterior se puede advertir de la reciente reforma constitucional en materia de derechos humanos.

Por lo anterior, en este apartado nos ocuparemos del estudio de los esfuerzos que se realizan para reestructurar el sistema nacional de salud para responder al reto del enfoque en derechos humanos.

I. SEGURIDAD SOCIAL UNIVERSAL: PROPUESTA DEL PRESIDENTE DEL CONSEJO TÉCNICO DE LA CNC, ERNESTO ENRÍQUEZ

Una de las voces que se mostraron favorables a un cambio en la estructura del sistema nacional de salud fue la del presidente del Consejo Técnico de la Confederación Nacional Campesina, Ernesto Enríquez. En un documento en poder de los autores, destaca:

La seguridad social universal es un proyecto de cambio estructural de enorme importancia para el campo, a fin de evitar que su población, la más pobre del país —en especial las mujeres y los adultos mayores—, incurra en gastos catastróficos que agravarían su miseria o que siga teniendo altas tasas de mortalidad materno infantil (en algunos estados como Oaxaca o Chiapas 30 veces su-

periores si las equiparamos con las del DF o Monterrey, situación inaceptable desde todo punto de vista) o de invalidez.

Como se advierte, el argumento del autor se relaciona con la idea de la “seguridad social universal” como mecanismo de redistribución para los campesinos. Por lo anterior, sostiene que:

El alcanzar la seguridad social para los productores del campo, en especial para aquellos que se encuentran en los dos primeros deciles de ingreso, será uno de las acciones más trascendentales de los últimos 40 años, además que coadyuvará a la rehabilitación agraria para que los jóvenes herederos puedan compactar mayores superficies, una vez que quede resuelto, mínimamente, el ingreso de los titulares de derechos agrarios y comunales de los más viejos (2 salarios mínimos) y el acceso universal a los servicios de protección de su salud (incluidos medicamentos, prótesis y órtesis).

Así, para el autor, es posible cumplir con este profundo cambio estructural, con: *a*) una gran disciplina, *b*) organización, *c*) recursos, *d*) honestidad y *e*) talento. Considera que el cambio se logrará en un plazo de “diez años por lo menos”. Destaca como condición un “hábil manejo político y de comunicación para evitar conflictos sindicales y entre derechohabientes”. Además, de operar “la necesaria separación del régimen de pensiones del de la prestación de servicios médicos”.

También propone “ajustes a su régimen simplificado de tributación”, a través de una “Reforma hacendaria”, pero sin que provoquen una regresión en la equidad tributaria.

En el diagnóstico que realiza de la “Situación epidemiológica actual y del Sistema Nacional de Salud”, destaca que: *a*) nuestro país enfrenta, en 2012, una dualidad epidemiológica: por un lado, persisten las enfermedades transmisibles, problemas reproductivos y padecimientos relacionados con la desnutrición —sobre todo en zonas rurales—, lo que aunado a padecimientos como el dengue y el paludismo plantean la urgente necesidad de contar con vacunas y medicamentos eficaces y económicos para lograr su control

o erradicación, y *b*) por el otro, los cambios demográficos, económicos y sanitarios han generado un crecimiento acelerado de las enfermedades no transmisibles y lesiones que al día de hoy ya concentran el 85% de las muertes en todo el país. Así, las enfermedades crónicas, metabólicas, neoplásicas y cardiovasculares son responsables de más del 45% de las defunciones totales en las zonas urbanas.

Apoyándose en Knobloch, señala que “En este contexto, en el año 2010, los medicamentos para atender enfermedades crónico degenerativas representaron el 23.2% de las unidades vendidas en el mercado privado primario y el 35.6% del valor y se estima que para el 2020 alcancen cifras de 40% y 50% respectivamente”. Destaca el autor que, según la OCDE, el gasto en medicamentos en México alcanza el 1.7% del PIB y se financia principalmente a través de recursos privados (82 de cada 100 pesos), el llamado gasto de bolsillo. Por lo anterior, concluye:

...la compra de medicinas sea financiada por el gasto de bolsillo, limita la posibilidad de acceso de la población en base a su capacidad de pago, generando grandes inequidades. Para resolver este problema, propone: la ampliación de sistemas de cobertura real por parte del Estado que abarque también el abasto de insumos para la salud, así como esquemas fiscales que permitan la deducción del gasto de medicamentos para aminorar la carga financiera de las familias.

Señala que:

Adicionalmente, al carecer de una política farmacéutica y no apoyar el gobierno el desarrollo de conglomerados de centros de investigación-industria para producir insumos estratégicos como los biotecnológicos, genómicos o con nanotecnología, así como vacunas y hemoderivados, pone al país en gran vulnerabilidad. Esto quedó demostrado en la reciente pandemia del AH1N1, en donde las empresas transnacionales privilegiaron sus compromisos con los estados en los que radican sus matrices en detrimento de los de México, convirtiéndose en un problema de seguridad nacional.

Por lo que concluye:

...el Sistema de Protección Social en Salud, ha tenido éxito como mecanismo de transición al aumentar el gasto público en salud, pero la fragmentación del sistema y la población beneficiada muestra que la configuración y organización actual son insuficientes para atender la demanda actual y futura y alcanzar la universalidad y equidad en el servicio. Se trata de un modelo “fragmentado en diversas instituciones lo que genera duplicidades, tanto de servicios como de beneficiarios” en palabras del licenciado Peña Nieto.

Para resolver lo anterior, destaca que, siguiendo al presidente Enrique Peña Nieto:

La meta a lograr es la construcción de un sistema de protección a la salud universal no contributivo, con un financiamiento sustentable por la vía fiscal, que asegure la eficiencia en el uso de los recursos con mecanismos efectivos de rendición de cuentas, a fin de generar las condiciones mínimas de bienestar, equidad y salud que le permitan al país un desarrollo sostenido y uniforme. Adicionalmente que apoye a los “ciudadanos, especialmente a los de menores ingresos, ante situaciones de vulnerabilidad como las enfermedades, la pérdida de empleo o la vejez.

Al abordar el tema de las “Limitaciones del Sistema Nacional de Salud para lograr el cambio”, Ernesto Enríquez destaca:

El SNS en México cuenta hoy en día, además de un escaso aseguramiento privado, con tres pilares del aseguramiento público en salud: el Seguro de Enfermedades y Maternidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para los trabajadores asalariados de las empresas privadas y sus familiares; el Fondo Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para los empleados de las instituciones de la Administración Pública Federal y sus familiares; y, el Seguro Popular de Salud para los trabajadores no asalariados, los

desempleados y sus familiares; adicionalmente coexisten otros de menor tamaño como el de Pemex y el ISFAM.

No obstante, en su opinión:

Actualmente estas instituciones públicas todavía conservan la responsabilidad de dirección, organización, financiamiento y prestación de los servicios médicos y de salud pública para cada grupo específico de su población asegurada, modelo que está siendo rebasado por las condiciones actuales, poniendo en riesgo la sustentabilidad del Sistema.

Afirma que:

Es importante destacar lo que representa para el SNS el costo administrativo de la planeación, administración y operación de los servicios en un modelo fragmentado, el cual en 2009 era el 10.8% del gasto total en salud, cifra muy por encima del gasto administrativo en salud de los demás países de la OCDE.

También destaca como problemas: *a)* la persistencia de la segmentación del sistema mexicano de salud, con un sector privado extenso y prácticamente no regulado; *b)* un sector público distribuido en varios organismos integrados verticalmente que financian y prestan servicios de salud y cubren a diferentes grupos poblacionales; *c)* financiero, porque los seguros públicos asistenciales en salud son altamente deficitarios, y si bien los asociados a las prestaciones económicas son superavitarios, sus excedentes no alcanzan a cubrir, por mucho, el faltante de los primeros;²³⁸ *d)* administrativo y prestación de servicios.

²³⁸ El autor destaca: “Se estima, por ejemplo, que el déficit de recursos en el IMSS al 2010 superó los 22 mil millones de pesos. De continuar esta tendencia se alcanzarán casi 300 mil millones de pesos para el 2050, situación preocupante porque el IMSS se encuentra ante presiones derivadas de las transiciones social y económica que lo sitúan en una grave crisis, ocasionando con ello que los recursos destinados a la atención de la salud de su población derechohabiente sean cada vez más insuficientes”.

Además, el autor se detiene en las recomendaciones de la OCDE/Funsalud, entre ellas: *a*) garantizar el financiamiento adecuado del SNS, mediante la introducción de las reformas fiscales necesarias; *b*) fomentar la contratación de cobertura bajo el Seguro Popular y reducir las barreras al acceso a servicios mediante el aumento de su disponibilidad y calidad, ampliando progresivamente el paquete de servicios de salud cubiertos; *c*) impulsar una mayor eficiencia de los hospitales y los prestadores de servicios institucionales, mediante la introducción de una separación más clara entre proveedores y usuarios y de mecanismos de pago basados en resultados, y *d*) fomentar una mayor productividad de los profesionales de la salud vinculando la remuneración a la eficiencia y la calidad, asegurando que los médicos en práctica privada no reduzcan la disponibilidad de servicios públicos; impulsar la calidad y la eficacia en función de costos, ampliando la prevención de enfermedades y las iniciativas de fomento de la salud.

Argumenta Ernesto Enríquez, que

México es uno de los pocos países de la OCDE que aún no ha logrado el acceso universal a los servicios de protección de la salud y requiere, como inicio alcanzar, en el ámbito nacional, un consenso respecto a lo que debe entenderse por cobertura universal de los servicios, así como reformar el SNS para estructurar e implantar un modelo de protección de la salud que logre dicha cobertura, tal y como lo propone Peña Nieto.

Al ocuparse de la “Prospectiva y alternativas”, el autor afirma que “La cobertura universal se encuentra estrechamente vinculada al gasto en salud y sus fuentes de financiamiento: una sociedad en la cual el 100% del gasto en salud corresponde a gasto público, ha alcanzado la cobertura universal”.

Al plasmar sus argumentos en el tema “Hacia la universalidad en el acceso a los servicios”, Ernesto Enríquez propone:

Como punto de partida para iniciar con el proceso para implantar el modelo de protección universal de la salud propuesto por Enrique Peña, integrado o coordinado, cambio estructural

de la mayor magnitud, se debe tener en cuenta, además de lo expuesto en párrafos anteriores:

TIPOLOGÍA DE MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD

Integración de poblaciones	Integración o coordinación de funciones institucionales	
	Integración vertical	Coordinación
Integración horizontal	Sistema público unificado	Sistema coordinado
Segregación	Modelo integrado	Modelo de reembolso

Después de proporcionar diversos argumentos sobre el tema, vertidos por Enrique Peña Nieto, el autor emite sus “Objetivos rectores de una política pública para la universalidad en la protección de la salud”; entre estos:

- a) prevención como esencia de la salud.
- b) priorizar la promoción de la salud, estilos de vida saludable y tratamiento oportuno.
- c) proteger a la población contra la exposición innecesaria a riesgos sanitarios: Mejorar la calidad ambiental y laboral (agua, aire, suelo, instalaciones, equipos y procesos).
- d) medicamentos seguros y eficaces.
- e) inocuidad alimentaria.
- f) servicios de salud confiables y oportunos.
- g) publicidad racional.
- h) incrementar en la sociedad el auto cuidado de la salud para evitar accidentes, obesidad, diabetes, hipercolesterolemia e hipertensión, a fin de alcanzar un envejecimiento activo y saludable.
- i) atención por grupo etario.
- j) contar con acciones integrales de salud en toda la línea de vida (en cada oportunidad de contacto de atención a la salud de acuerdo por grupo de edad y género, considerando la transición epidemiológica y demográfica).
- k) continuar con la incorporación, a todas las madres gestantes y recién nacidos a los beneficios de una atención integral desde los

cuidados Intensivos neonatales hasta el final de su línea de vida, incluidos los medicamentos correspondientes.

l) intensificar, en la población en general, la atención a la obesidad, diabetes, hipercolesterolemia e hipertensión y en su caso, proporcionar tratamiento integral a personas mayores de 65 años (todos los mexicanos, todos los servicios).

m) alcanzar la cobertura universal gratuita (acceso a servicios de calidad y a todos los medicamentos), incorporando estrategias para acercar los servicios (servicios móviles itinerantes).

n) consolidar la protección financiera en salud (por un sistema de salud gratuito, eficaz y sustentable).

ñ) reforzar la rectoría de la Secretaría de Salud, con esquemas eficientes de operación y funcionamiento entre los tres órdenes de gobierno (nuevo acuerdo de coordinación y descentralización) y entre instituciones de salud al mejorar la articulación de los diferentes esquemas de aseguramiento existentes.

o) impulsar el esquema de proveedor de servicios elegible por los usuarios (coordinación interinstitucional, plan maestro de infraestructura sectorial, tabulador de servicios y reembolso por servicio).

p) fortalecer los vínculos del programa sectorial de salud con el resto de los sectores productivos y sociales, en especial con el educativo, hacendario y laboral.

Para lograr lo anterior, en el rubro de “Instrumentos transversales”, el autor alude a la “Reorganización del Sistema Nacional de Salud” a partir de

Reformar el marco constitucional y legal actualizándolo para, en una primera etapa, lograr una operación articulada y coordinada con las entidades federativas y los diversos sistemas de aseguramiento bajo la rectoría del Gobierno Federal, para homologar servicios e intervenciones, estandarizar costos y formación de recurso humanos, equiparar infraestructura: hospitales regionales de alta especialidad; centros médicos nacionales; hospitales de zona, reservando el primero y segundo niveles de atención a las entidades hasta nivel jurisdiccional). En el caso de los institutos nacionales de salud, mantendrían su operación descentralizada por sus características únicas como centros generadores del cono-

cimiento y formación y como soporte de todo el SNS. En esta fase se implantaría el modelo de reembolso por intervención y servicio, substituyendo las cuotas y aportaciones con financiamiento público. Consolidada esta etapa, se valoraría la pertinencia de llegar a una integración o continuar con un sistema plural, de acceso universal, coextenso y coexistente en todo el territorio nacional, basado en la competencia por eficiencia y calidad y financiado con gasto público.

En el apartado de “Fortalecimiento y eficiencia de la operación de los servicios de salud”, el autor propone:

a) reforzar modelo operativo para la prestación de servicios con enfoque al cuidado de la salud y por intervención; implantar nuevos y dinámicos esquemas a fin de ampliar la cobertura, incrementar la eficiencia técnica e impulsar la calidad y calidez en los servicios, así como un mayor aprovechamiento en el uso de recursos.

b) financiamiento de los servicios de salud; asegurar la sustentabilidad de los servicios; ajustar y ampliar la cobertura del seguro social universal y su gratuidad y portabilidad entre instituciones; incorporar la transferencia interinstitucional y el reembolso por intervención (libre elección y pago por servicio de acuerdo con tabulador).

c) Insumos e infraestructura: contar con medicamentos seguros, eficaces, accesibles y racionalmente dispensados, priorizando los genéricos y el apoyo a conglomerados para la investigación y desarrollo de moléculas nuevas que incorporen biotecnología, genómica o nanotecnología y la producción de vacunas y hemoderivados; establecer sistemas de abasto de insumos eficaces y eficientes que garanticen su calidad, disponibilidad, oportunidad y precio; hacer imperativo para todo el SNS el Plan Maestro de Infraestructura y de Equipamiento.

d) Recursos Humanos: ordenar la situación laboral del personal de salud, en especial en materia salarial y de desarrollo de capacidades; crear un plan de formación y capacitación estrechamente coordinado con el Plan Maestro de Infraestructura y Equipamiento y que se base en metas de desempeño y calidad.

Como se advierte, la propuesta de Ernesto Enríquez de la CNC es compatible con la visión de que tiene el actual presidente del país sobre el tema, como se desprende del “Pacto por México”.

II. PROPUESTA DE SANTIAGO LEVY (EMPLEO PRODUCTIVO, REFORMA FISCAL Y SEGURIDAD SOCIAL UNIVERSAL)

En su propuesta, Santiago Levy,²³⁹ actual vicepresidente en el Banco Interamericano de Desarrollo, destaca que entre 1960 y 2008 el PIB *per capita* de México, comparándolo con el Estados Unidos, cayó en 14%. Ello a pesar de que la acumulación de capital y el crecimiento de la fuerza de trabajo en México fue superior a la de Estados Unidos en 24%. En Estados Unidos la productividad creció más rápidamente que en México, cuya productividad relativa al de ellos cayó en 31%.

Destaca que el problema central no está en la tasa de ahorro ni en la tasa de inversión, ya que, según Levy, ahorramos e invertimos más que el promedio de América Latina y que Estados Unidos. Tampoco está en la tasa de desempleo ni en la falta de creación de empleos. En México se crean muchos empleos, y la

²³⁹ El apoyo conceptual de Santiago Levy se encuentra en Antón, Arturo, Hernández, Fausto y Levy, Santiago, *The End of Informality in Mexico? Fiscal Reform for Universal Social Insurance*, November, 2011, en <http://siteresources.worldbank.org/EXTLACOFFICEOFCE/Resources/870892-1265238560114/SLevyPaper.pdf>, consultada el 20 de diciembre de 2012. En el documento se resume: “We propose a reform to shift taxation for social insurance from labor to consumption. We show that by setting a uniform value added tax rate of 16 percent it is possible to provide all workers with the same health and pension benefits and Hicks-compensate poor households for the VAT increase at a net fiscal cost of 0.3 percent of GDP. We argue that our proposal: (i) effectively protects all workers against risks, (ii) reduces distortions in the labor market stemming from social insurance tax-cum-subsidies allowing for an increase in the real wage despite the higher VAT, (iii) raises total factor productivity, (iii) contributes to reduce poverty and income inequality, (iv) links contributions with benefits ensuring fiscal sustainability, (v) increases aggregate savings for retirement, and (vi) reduces evasion and widens the tax base”.

tasa de desempleo es baja. También trabajamos más horas que el promedio de países de la OCDE. En su opinión:

El problema central es que se invierte en empresas de baja productividad, y se crean empleos de baja productividad. Entonces, el reto es convertir empleos de baja productividad a empleos de alta productividad. Para crecer más rápidamente, necesitamos más empresas productivas y más empleos productivos.

Señala Santiago Levy que “La informalidad es una fuente muy importante de pérdidas de productividad. Se genera por distorsiones del régimen fiscal y de seguridad social. Aquí nos enfocamos en la seguridad social como causa de informalidad y fuente de baja productividad”.

Sostiene que la arquitectura Seguridad Social Contributiva (SSC) + Seguridad Social no Contributiva (SSNC) es mala política social y mala política económica, ya que: *a*) la SSC genera un impuesto al empleo formal porque las empresas y los trabajadores pagan por beneficios sociales que los trabajadores no valoran plenamente, y *b*) la SSNC genera un subsidio al empleo informal porque los trabajadores reciben beneficios sociales que ni ellos ni las empresas pagan directamente. Por lo anterior, para el autor, “Se gravan los empleos de alta productividad y se subsidian los empleos de baja productividad”.

Al argumentar en torno al impuesto al empleo formal, señala: *a*) induce a las empresas a evadir a través de menor tamaño; *b*) genera elusión a través de rotación de trabajadores, manipulación de duración de contratos y formas de contratación (*outsourcing*, etcétera), y *c*) fomenta un exceso de empresas familiares (sin relación obrero-patronal) y de empleo por cuenta propia.

Por su parte, en lo que denomina “el subsidio al empleo informal”, destaca: *a*) agrava los tres problemas anteriores; *b*) subsidia las conductas ilegales y mina el Estado de derecho, y *c*) desvincula los beneficios de los contribuyentes y erosiona la sustentabilidad fiscal.

Por lo anterior, según Levy, México podría estar atrapado en un círculo vicioso de informalidad y baja productividad que

va de empresas precarias, malos empleos y excesivo empleo por cuenta propia; a menor productividad, y mayor evasión a *c.* más subsidios al sector informal y más impuestos al formal (o menos inversión pública); a programas sociales para trabajadores formales de baja calidad, más programas sociales para trabajadores informales.

En lo que se refiere a la incidencia de las contribuciones a la SSC, destaca que los trabajadores pagan 64%, y las empresas 36%, por lo que en su opinión en ausencia de esas contribuciones el salario sería más alto. Además, asienta que las contribuciones a la SSC son equivalentes a: “un IVA etiquetado para beneficios de seguridad social”, pero que solo se aplica a los trabajadores formales. Afirma que “Dada la evasión, una homologación de la tasa del IVA al 16% reduce el salario real en 4%”. Asegura que “El mismo salario se puede recuperar reduciendo la tasa de SSC en 22%”.

Destaca el autor que, desde una perspectiva fiscal, el tema es qué fuente de recaudación genera más ingresos dadas las posibilidades de evadir cada impuesto.

En su opinión, los “puntos clave” son: “Los trabajadores formales ya pagan un IVA generalizado en la puerta de la fábrica (etiquetado para SSC); además, pagan otro IVA con exenciones en la puerta de la tienda (no etiquetado, pero usado en parte para financiar la SS)”, y que “Los trabajadores informales no pagan ningún IVA en la puerta de la fábrica, y pagan un IVA igual al que pagan los formales en la puerta de la tienda”. Como se advierte, la propuesta de Santiago Levy tiene sentido si y solo si se considera que las cuotas a la seguridad social son un impuesto, como lo destaca un “IVA generalizado”.

En este sentido, no es extraño que afirme:

Pero al castigar los empleos productivos y subsidiar los improductivos, el esquema hace que todos los trabajadores pierdan ya que los salarios son más bajos, además, el esquema segmenta permanentemente al país en un sector formal y en otro informal, en contra de la cohesión social.

Para superar lo anterior, propone el Seguro de Salud Universal (SSU), que consiste en tres partes:

Parte I. Para todos los trabajadores: a) Seguro de salud igual al que hoy recién los trabajadores formales (paquete IMSS), con contribución a su cuenta de retiro igual a las contribuciones tripartita que hoy día recibe un trabajador que gana dos salarios mínimos, pero durante toda su vida laboral (i.e., no solo cuando es asalariado); b) Seguro de invalidez y vida con la cobertura que recibe un trabajador que gana dos salarios mínimos, c) Financiar el 100% de esos beneficios con recursos de una nueva contribución para la seguridad social universal (CSSU) cobrada al mismo tiempo que el IVA.

Parte II. Además, para los asalariados: a) Seguro de riesgos de trabajo igual al que reciben los trabajadores afiliados al IMSS; b) Contribuciones complementarias para pensiones de retiro, de invalidez y vida. Garantía de pensión mínima de retiro después de 25 años de trabajo. Financiar estos beneficios con contribuciones patronales a la nómina.

Parte III. Medidas complementarias: a) Compensar a las familias pobres por el impacto de las mayores tasas de IVA. Eliminar el impuesto estatal a la nómina y compensar a los estados por la pérdida de recaudación. Absorción del pasivo laboral (RJP) del IMSS por parte del Gobierno Federal.

En lo que se refiere a la arquitectura fiscal y presupuestaria, destaca que los impuestos del IVA y del CSSU sería un total del 16%, en donde el 6% equivaldría a la tasa de IVA para gasto público general, y el 10% restante correspondería a la tasa del CSSU con que se constituiría el Fondo Nacional para la Seguridad Social (FNSSU), y que correspondería a un apartado especial del presupuesto federal.

El FNSSU, a su vez, se conformaría de tres fondos distintos: 1. Fondo para seguro de salud, que financiaría a los gobiernos estatales y al IMSS; 2. Fondo para seguro de retiro, que financiaría los Afores, y 3. Fondo para el seguro de invalidez y vida, que financiaría estos seguros también del IMSS.

Entre los “Objetivos del FNSSU” destaca la sustentabilidad fiscal, entre ellos, la recaudación por la CSSU es igual a los beneficios comprometidos. Señala que el pleno financiamiento de los beneficios sociales que no es una fuente de desequilibrios fiscales o pasivos contingentes.

Sostiene que la certidumbre y exigibilidad de derechos sociales de los trabajadores deriva de que todos los recursos son para beneficio directo de los trabajadores; ni un peso del FNSSU sería ejercido por el gobierno federal.

En el rubro de transparencia y rendición de cuentas, destaca que solo los recursos del FNSSU pueden ser usados para la SSU, y no pueden usarse recursos del FNSSU para otro propósito.

Al disertar sobre el vínculo directo entre beneficios y contribuciones, destaca que no legislan beneficios permanentes sin una fuente de financiamiento suficiente y permanente, impacto positivo por acceso a mejores beneficios de seguridad social, y un impacto positivo al eliminarse el impuesto al empleo formal y el subsidio al empleo informal, lo que permite combatir la pobreza por la vía del empleo productivo.

Señala que se compensaría a las familias pobres por el primer impacto, de forma tal que el impacto neto de la propuesta sea, sin duda alguna, positivo.

En su opinión, “La propuesta implica una redistribución del 40% de los hogares más ricos, hacia el 60% de los hogares más pobres, sin embargo, esta visión es muy estática, ya que todos los hogares se benefician de un mercado laboral más eficiente y de un economía más productiva”.

Presenta lo que considera los impactos de la propuesta sobre la salud: *a)* los recursos públicos para la salud pasan de 206.1 mmp a 394.9 mmp, un aumento de 52% o de 1.1% del PIB; *b)* para los trabajadores informales, el aumento per cápita es de 106%; *c)* los servicios de salud serían provistos por el IMSS y los gobiernos estatales, y *d)* la unificación del financiamiento sienta las bases de un Servicio Nacional de Salud; *e)* impacto de la propuesta sobre las pensiones y el ahorro.

En lo que se refiere a los recursos canalizados a las Afores, aumentarían en 166%, o casi 1% del PIB; el ahorro de largo plazo para la inversión productiva aumentaría en la misma proporción, y el tiempo de cotización de los trabajadores a las cuentas de los Afores sería de 100% (*vs.* 45% hoy en día), por lo que las pensiones serían más altas.

En lo que se refiere a pensiones y mercado de rentas vitalicias, destaca el autor que las pensiones de retiro y las pensiones permanentes por invalidez y vida y riesgos de trabajo seguirían operando a través del sistema de rentas vitalicias, que el número de trabajadores ahorrando para una pensión de retiro aumentaría de 13 a 39 millones, y que el número de trabajadores asalariados con derecho a una pensión de invalidez y vida o de riesgos de trabajo aumentaría de 13 a 26 millones.

Por lo anterior, señala que como consecuencia, el mercado de rentas vitalicias para pensiones de retiro aumentaría en 207%, y el mercado para pensiones de IV y RT, en 101%. Este sería otro canal a través del cual se le daría profundidad al sistema financiero.

En lo que se refiere al impacto sobre el mercado de trabajo, destaca el autor que hoy en día 34% de los trabajadores formales ganan hasta 2 sm; 56% hasta 3 sm y 77% hasta 5 sm. Con la propuesta, tres de cada cuatro trabajadores tendrían costos no salariales de entre 1.5 y 6.9% de su salario. Ello contrasta con 32% bajo SSC.

Por lo anterior, destaca sus observaciones finales: *a)* una visión integral y un orden lógico —una sola reforma que incide en lo social, en lo fiscal y en lo laboral—; *b)* mayores beneficios para los trabajadores, más equidad, menores costos para las empresas y mayor productividad.

Concluye afirmando que México no debe: *a)* construir un Estado de bienestar sobre una base fiscal angosta y la renta petrolera; *b)* combatir la pobreza solo con transferencias de ingreso; *c)* aspirar a una prosperidad duradera sobre el estancamiento de la productividad, y *d)* subsidiar las conductas evasivas y mirar el Estado de derecho.

En su opinión, México necesita: *a)* aumentar la tasa de crecimiento del PIB, para lo cual es indispensable aumentar la productividad y el ahorro, fortalecer la inclusión y la equidad, para lo cual es indispensable un Estado de bienestar moderno y eficaz; *b)* acelerar el combate a la pobreza, para lo cual es necesario reconvertir empleos productivos a productivos, y *c)* fortalecer su democracia, para lo cual debe ser un vínculo claro entre derechos y obligaciones.

Sostiene que esta propuesta —que representa la mayor expansión en los derechos sociales de los trabajadores desde la fundación del IMSS en 1943— contribuye a que el país pueda avanzar en las dimensiones que propone.

III. PROPUESTA DE LA FUNSALUD

En el Programa de Trabajo 2012-2013 de la Fundación Mexicana para la Salud destaca que “A partir del 2010 Funsalud inició el Proyecto para la Universalidad de los Servicios de Salud con el propósito de contribuir a la formulación de la política pública para mejorar el Sistema Nacional de Salud y garantizar la cobertura universal de servicios de salud”.

Por lo anterior, se destaca que la propuesta de la Funsalud para la universalidad implica una nueva reforma del sistema que fortalezca su eficiencia en el otorgamiento de servicios de salud a todos los mexicanos con equidad, haciendo efectivo el derecho a la salud consignado en la Constitución.

Por lo anterior, se revisaron las condiciones actuales del Sistema Nacional de Salud buscando fórmulas que aumenten su eficiencia frente a retos demográficos y epidemiológicos que ejercen una presión muy importante en la demanda de servicios, no solo debido al incremento de la población, sino también en el tipo de atención y de entrega de servicios por su envejecimiento.

En el análisis se identificó un importante avance sobre la integración funcional entre las instituciones del sector público

coordinada por la Secretaría de Salud, y se ha aumentado considerablemente la afiliación de personas a las instituciones públicas de salud; sin embargo, esto no ha sido suficiente para atender las condiciones que todavía persisten en el Sistema Nacional de Salud. El mantenimiento de la segregación del sistema, aunado a las crisis financieras de las instituciones, impide que la prestación de servicios sea eficiente, y restringe la viabilidad de la universalidad de los servicios de salud.

Con la entrada en vigor del Seguro Popular, el gasto público en salud aumentó en forma importante: entre 2000 y 2009, en un 155% en términos absolutos, pasando de 142 mil millones de pesos a más de 362 mil millones, con lo cual, medido como porcentaje del PIB, pasó de 2.3 a 3.1%. Sin embargo, a pesar de este incremento, nuestro país dista aún de alcanzar el gasto en salud que realizan otros países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), cuyo promedio representaba en 2009 alrededor de 9.5% del PIB, mientras en México la inversión en salud era de 6.4%.

También se encontró que la proporción del gasto de bolsillo en México es la más alta entre los países de la OCDE, y más del doble del promedio para 2009, lo que resulta significativo, ya que este indicador fue el detonador de la creación del sistema de protección social en salud en México, documentado como uno de los impedimentos para el desarrollo en nuestro país, por el gasto empobrecedor de las familias y su contribución al nivel de atraso económico. El gasto de bolsillo no ha tenido la disminución esperada aún con el aumento del financiamiento público en salud a través del sistema de protección social en salud, ya que antes de la reforma se encontraba en 52%, y al 2010 solo había descendido en tres puntos porcentuales.

El análisis de la cobertura en salud en nuestro país, de acuerdo con las tres vertientes propuestas por la OMS, refleja que se ha privilegiado la vertiente de afiliación y se ha ampliado esta cobertura en forma considerable; sin embargo, no se ha avanzado en la misma proporción en la vertiente de cobertura de inter-

venciones, ya que en términos generales la población atendida por la seguridad social, aproximadamente el 56%, cuenta con cobertura completa de servicios, y el 43%, afiliada al seguro popular, solo cuenta con 275 intervenciones de primero y segundo nivel, que representan 1,407 enfermedades, así como 57 padecimientos de alta complejidad, que generan gastos catastróficos. Pero es importante destacar que la vertiente más rezagada es la de compartición de gastos. Este es el aspecto clave en la nueva reforma del sector.

Para conducir los pasos de una nueva Reforma al Sistema Nacional de Salud, la Funsalud identificó dentro de su proyecto los siguientes temas de trabajo como elementos esenciales: *a)* el financiamiento de la salud a través de impuestos generales; *b)* la separación de funciones del Sistema Nacional de Salud, especialmente la separación del financiamiento y la prestación; *c)* la pluralidad en la articulación y prestación de servicios de salud, y *d)* el desarrollo de una agenda legislativa para la reforma sanitaria y contributiva.

Para contar con información que sustente las propuestas de política para esta reforma, se desarrollaron algunos estudios y documentos de discusión. Uno de estos documentos es el análisis sobre el “Derecho a la protección de la salud en México”, en el cual se revisaron los conceptos básicos sobre los derechos fundamentales y por qué deben ser universales, así como sobre los derechos sociales, y por qué son exigibles.

Se elaboró también el documento “Principios fundamentales de acceso efectivo: cobertura poblacional y de servicios”, que comprende un análisis conceptual y jurídico sobre el acceso efectivo en nuestro país, abordando su conceptualización tanto en las diferentes instancias normativas del ámbito nacional como en el internacional, así como lo señalado al respecto en el Programa Nacional de Salud.

También se cuenta con diversos análisis jurídicos sobre “Instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud y la legislación que las regula”, “Formas en que se financian los servicios públicos de salud”, “Sustento legal de los servicios médicos del

IMSS, ISSSTE, Seguro Popular, Pemex, Sedena y Semar” y “Cuota social para el pago de seguros de atención médica”.

Con la información de estos estudios, así como con la revisión de documentos elaborados por la OMS, la OCDE, el IMSS, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, la Auditoría Superior de la Federación, el Centro de Estudios de Derecho e Investigaciones Parlamentarias y el Grupo de Competitividad y Salud, se elaboró el documento de discusión “Proyecto de Universalidad de Servicios de Salud. Gestión desde Funsalud”.

El documento fue distribuido ampliamente para recoger las opiniones de expertos e instituciones académicas, entre ellos el Consejo Directivo y la Presidencia Emérita de la Funsalud, funcionarios de la Secretaría de Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social, expertos del Banco Interamericano de Desarrollo, de la Universidad de Harvard, del Instituto de Métrica en Salud y Evaluación de la Universidad de Washington, del Grupo de Competitividad y Salud de Funsalud, la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros y representantes del Congreso de la Unión.

Asimismo, se ha presentado en diferentes foros académicos y reuniones del sector. También se llevaron a cabo reuniones con la Comisión Nacional del Sistema de Protección Social en Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo y la oficina de la OCDE en México en conjunto con la UNAM, para intercambiar ideas y propuestas sobre el esquema de universalidad para nuestro país.

Para el bienio 2012-2013 es necesario llevar a cabo otros estudios actuariales, análisis de costos, estudios comparativos de estrategias, formulación y revisión de modelos, así como definición de esquemas distributivos, para integrar una propuesta de política pública sólida y sustentada para implantar la universalidad en el financiamiento y prestación de servicios de salud.

Ya se inició la elaboración de un estudio para el análisis de la eficiencia ganada en un esquema de financiamiento único de los servicios de salud *vs.* la continuación del financiamiento segmentado del sistema de salud. El estudio pretende estar concluido en el primer trimestre de 2012.

Se buscará financiamiento para la elaboración de otros estudios, como son: *a)* evaluación de la capacidad resolutoria actual de las instituciones del sector salud; *b)* evaluación de los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas de las entidades federativas en el marco del Sistema de Protección Social en Salud; *c)* modelos de financiamiento de la salud a través de impuestos generales y específicos en experiencias internacionales, *d)* mecanismos de aseguramiento del financiamiento de los bienes públicos de salud en un esquema sustentado en subsidios a la demanda para los servicios personales de salud; *e)* mecanismos de incentivos para fortalecer la medicina preventiva, y *f)* autocuidado, en un esquema de aseguramiento de riesgos.

Modelo de estructura de mecanismo de pago de los servicios de salud para impulsar su eficiencia y la respuesta de los usuarios.

- Mecanismos para evitar la sobredemanda de servicios de salud y riesgos del sistema, experiencias con copagos y deducibles.
- Evaluación de la cobertura de servicios de salud en México.
- Evaluación de los avances y resultados de la integración funcional de sector salud en México
- Análisis comparativo de modelos de sistemas de salud en países con cobertura universal de salud.
- Modelos teóricos de articulación de los servicios de salud en México.
- Modelo teórico de portabilidad de servicios de salud en México.
- Evaluación de la acreditación y certificación de la calidad de los servicios como requisito de incorporación de prestadores al Sistema de Protección Social en Salud en México.
- Modelo de esquema de financiamiento. Modificaciones a la Ley Hacendaria.
- Estrategia legislativa para la transición del financiamiento de los servicios de salud.

- Modificaciones necesarias a la Ley General de Salud y a las leyes del Seguro Social, del ISSSTE, de Pemex y de las fuerzas armadas para la reforma del SNS
- Análisis jurídico de los preceptos legales para la función de articulación de los servicios de salud.
- Estudio legislativo para la operación del sistema universal de salud en la descentralización de la vida nacional.

Para situar la discusión de las propuestas de política en el contexto adecuado de la esfera legislativa y los sectores involucrados se prevé desarrollar además las siguientes actividades:

1. Difusión del documento propositivo por correo electrónico. Se elaboró una versión PDF del documento de discusión para ser enviado por correo electrónico a instituciones públicas, académicas y de educación superior, así como a quince expertos en el tema, tanto del ámbito nacional como internacional, con el propósito de recibir retroalimentación e información adicional para enriquecer la formulación de las propuestas.
2. Presentación de las líneas generales del documento propositivo en diferentes foros. Se reforzará la presentación de las líneas generales de la propuesta como tema prioritario en los foros en los que la Fundación participe.
3. Realización de seminarios académicos con actores específicos. Se llevarán a cabo sesiones con grupos específicos para discutir las líneas generales de las propuestas alrededor de los cuatro temas para conocer las opiniones de los actores involucrados y percibir el impacto y la respuesta previsible a las propuestas de reformas legislativas hacendaria y de salud. Los grupos involucrados incluirán:
 - a) Funcionarios de las instituciones públicas de la salud
 - b) Titulares de los servicios estatales de salud
 - c) Diputados y senadores
 - d) Funcionarios de instituciones de educación superior

- e) Representantes de organismos internacionales, OMS/OPS, OCDE, BID
 - f) Líderes de partidos políticos
 - g) Sindicatos de las instituciones públicas de salud
 - h) Empresarios vinculados con la prestación de servicios de salud
 - i) Aseguradoras, bancos y otras instituciones de prepago de servicios médicos
 - j) Asociaciones civiles vinculadas con salud
4. Realización de un seminario internacional. Se realizará un seminario internacional para intercambiar propuestas y experiencias internacionales de universalidad de servicios de salud, en el que participen funcionarios de los sistemas de salud y de las instituciones de salud de los países, así como representantes de organismos internacionales y expertos en el tema. Se considerará la participación de países de la región y países de la OCDE, tanto con sistemas universales de salud como en proceso de reforma de sus sistemas de salud, para otorgar servicios en forma universal.

En otro documento denominado “Proyecto de universalidad de los servicios de salud. Gestión desde Funsalud”,²⁴⁰ se propone la

...reorganización de funciones del sistema nacional de salud que implicaría sustituir la actual integración vertical con segregación de grupos sociales por una organización horizontal por funciones, en la cual la Secretaría de Salud conserve solamente la función rectora, el financiamiento sea a través de un fondo único sustentado en impuesto generales, la función de articulación, es decir la gestión entre el proceso del financiamiento y la prestación sea explícita a cargo del instituciones públicas y privadas, y la prestación de servicios se otorgue a través de las unidades médico hospitalarias públicas y privadas, organizadas en redes plurales de atención por niveles escalonados.

²⁴⁰ Proyecto de universalidad de los servicios de salud. Gestión desde la Funsalud, documento en poder de los autores, p. 12.

IV. APARTADO DE SALUD EN EL PACTO POR MÉXICO

Más que referirse al problema de la salud, el Pacto por México aborda en el numeral “1.1. Seguridad Social Universal”, el tema de la seguridad social “universal”.

Así, se afirma:

Se creará una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud y otorgue a cualquier mexicano, independientemente de su condición social o estatus laboral, un conjunto de beneficios sociales procurados por el Estado a través de un Sistema de Seguridad Social Universal que incorpore lo siguiente: *a)* acceso universal a los servicios de salud...

Como problemas se destacan: *a)* la necesidad de avanzar mucho en la calidad, y *b)* el alcance efectivo de los servicios de salud, particularmente para atender a millones personas que no cuentan con empleo formal y viven en las zonas de mayor marginación social y dispersión poblacional.

En el Pacto se establece como compromiso 1:

Para ello, se deben impulsar dos principios de reorganización del sector salud: el de la portabilidad de las coberturas para que todos los asegurados puedan ser atendidos en cualquiera de los sistemas públicos de salud a su elección; y la convergencia de los sistemas para igualar gradualmente la cobertura y calidad de todos ellos.

Además, se continúa argumentado en el compromiso 2: “Adicionalmente, ante el crecimiento de los males asociados a la obesidad, se modificarán las normas mexicanas para prohibir en las escuelas los llamados alimentos chatarra”.

Otra dimensión del problema es la pensión para los adultos mayores de 65 años que no cuenten con un sistema de ahorro para el retiro o pensión del IMSS o ISSSTE. Por lo anterior, se afirma, como compromiso 3:

Como un primer paso, el programa “70 y más” pasará a ser “65 y más”. Como un segundo paso, se establecerá una cuota social adicional aportada por el Gobierno Federal a una cuenta individual a todos los Mexicanos al cumplir 18 años y hasta la edad de 65 años, para dar plena portabilidad a los beneficios pensionarios de la población a lo largo de su vida.

Además, se aborda el tema del “Seguro de desempleo”, como compromiso 4, en donde se destaca: “Se establecerá un Seguro de Desempleo que cubra a los trabajadores del sector formal asalariado cuando pierdan su empleo para evitar un detrimento en el nivel de vida de sus familias y les permita buscar mejores opciones para tener un crecimiento profesional y patrimonial”.

Además, en materia de “Seguro de Vida para Jefas de Familia”, se afirma en el compromiso 5: “Se pondrá en marcha un sistema de seguros de vida para Jefas de familia para proteger la seguridad económica de sus hijos en caso de fallecimiento. Este seguro también incluirá a los padres jefes de familia que se encuentran en la misma circunstancia”.

V. NUESTRA PROPUESTA

Como lo hemos analizado a través de estas líneas, tenemos un sistema de salud complejo, segmentado, caro, con diversas carencias de personal y camas; en algunos casos, sobre todo en atención a la emergencia sanitaria, el sistema es disfuncional.

Las posturas que mostramos en este apartado coinciden: todas desean que se otorgue seguridad social universal (lo que significa, entre otras cuestiones, acceso a la salud o medicina a todos). Diseñar un sistema de salud para un país concreto requiere conocerlo. En el caso México, existen datos que son fáciles de obtener:

<i>Indicador</i>	<i>2009²⁴¹</i>	<i>2010</i>	<i>Variación</i>
Población total	109.610,000	113,423,000	+3.813,000
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares internacionales)	14,340	14,400	+60
Esperanza de vida al nacer h/m (años)	73/78	73/78	igual
Probabilidad de morir antes de alcanzar los cinco años (por 1,000 nacidos vivos)	17	16	-1
Probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años, h/m (por 1,000 habitantes)	157/88	157/88	igual
Gasto total en salud por habitante (\$int, 2009)	846	959	igual
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2009)	6.5	6.3	-0.2

Como se advierte, mientras factores como el ingreso y el gasto total por habitante tienen un pequeño incremento, el gasto total en salud se reduce en dos décimas de punto. Sin embargo, al comparar el gasto en salud de acuerdo con el producto interno bruto, la cuestión se complica cuando se compara únicamente el gasto público en salud, porque según cifras de la OCDE, en 2009 el porcentaje del gasto público en salud como porcentaje del producto interno bruto fue de 3.1%,²⁴² lo que muestra una diferencia del 3.4% para el periodo.

²⁴¹ Fuente: Organización Mundial de la Salud, Países: México, en <http://www.who.int/countries/mex/es/>, consultado el 24 de diciembre de 2012.

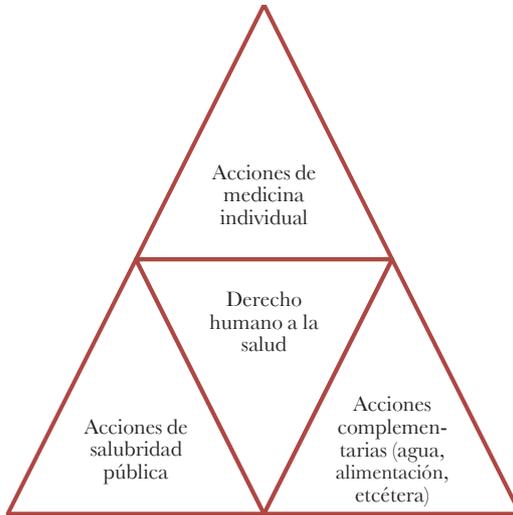
²⁴² Fuente: OCDE, *Public health spending, Public social expenditure as a percentage of GDP*, en http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/public-health-spending_20743904-table4, consultada el 24 de diciembre de 2012. Aunque las cifras de la OMS se expresan en dólares internacionales y las de la OCDE en dólares estadounidenses, no deberían existir diferencias. Sin embargo, la diferencia podría explicarse porque la cifra de la OMS expresa el “total” del gasto en salud mexicano (público y privado), en cambio la OCDE solo expresa el gasto “social”, o sea, en nuestra opinión el “público”.

Otros datos son más complicados de buscar; un ejemplo es la clase de problemas de salud que puede enfrentar el país en el futuro. Según el National Intelligence Council (NIC), el incremento de la temperatura, el aumento de las precipitaciones pluviales y el movimiento demográfico en nuevas áreas geográficas puede exacerbar o contribuir a la emergencia (o reemergencia) de enfermedades infecciosas, incluyendo enfermedades diarreicas y enfermedades infecciosas graves, así como enfermedades que provienen de vectores de transmisión, como fiebre del dengue, malaria, ictericia de Weill y mal de Chagas. Existe evidencia de incremento de varias enfermedades infecciosas, como son: dengue, malaria, hantavirus (pulmonar y renal), y la reemergencia de varias enfermedades infecciosas que surgieron después de los eventos de “El Niño”/Southern Oscillation (ENSO).

Destaca el NIC que mientras México, Costa Rica y Cuba tienen sistema relativamente fuertes, muchos de los sistemas de salud de los países de América central y el Caribe son débiles. La migración de profesionales de la salud de México, el Caribe y Centroamérica a los Estados Unidos y Canadá y el hecho de que muchas personas no tengan a los servicios de salud, crea vulnerabilidades. Los sistemas de salud de la región están saturados por el incremento de enfermedades crónicas y necesita desarrollar herramientas preventivas para enfrentar epidemias relacionadas con el cambio climático, y desarrollar la capacidad de respuesta para resolver problemas.²⁴³

²⁴³ National Intelligence Council, Mexico, The Caribbean, and Central America: The Impact of Climate Change to 2030: Geopolitical Implications, Prepared jointly by CENTRA Technology, Inc., and Scitor Corporation, CR 2010-03, January 2010, p. 13, en http://www.dni.gov/files/documents/2010%20Conference%20Report_MexicoCaribCentralAm_Climate%20Change%202030.pdf, consultado el 23 de diciembre de 2012. En el texto se destaca: “Rising temperatures, increased rainfall, and the movement of populations into new areas may exacerbate or contribute to the emergence (or re-emergence) of infectious diseases, including diarrheal disease and acute respiratory disease, as well as vector-borne diseases such as dengue fever, malaria, leptospirosis, and Chagas disease. Since 1990 the region has experienced a series of re-emerging diseases following severe climatic events such as floods, hurricanes, and droughts. There

En este contexto, adquiere dimensión el problema de la prevención en materia de salud pública. En el cuadro siguiente mostramos las interacciones entre un sistema de salud con enfoque en derechos humanos, las acciones de medicina individual, las acciones colectivas preventivas (salubridad pública) y las acciones complementarias (agua potables, alcantarillado, alimentación, etcétera), como elementos sustantivos del derecho humano a la salud.



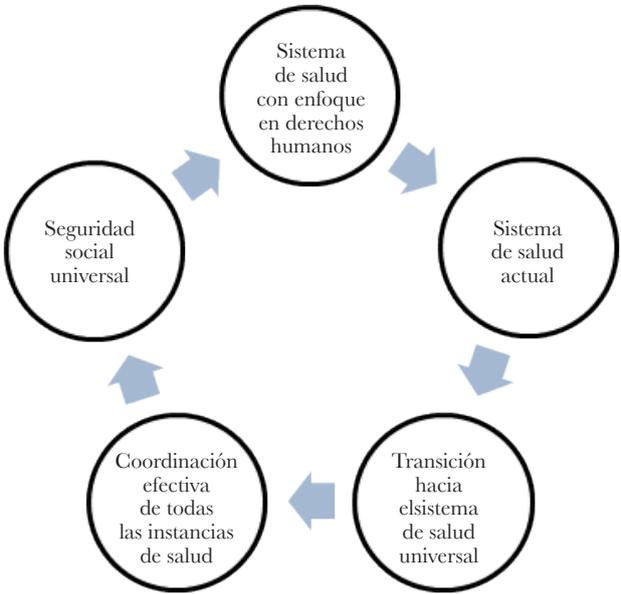
En otro orden de ideas, como lo hemos resaltado en esta investigación, uno de los aspectos sustanciales de la salud es el de

is evidence of increases in several communicable diseases, such as dengue, malaria, and Hantavirus pulmonary syndrome; and the reemergence of a large host of infectious diseases following years in which there were El Niño/ events. While Mexico, Costa Rica, and Cuba have relatively strong health systems, many of the Central American and Caribbean states' health systems are weaker. The migration of health professionals from Mexico, the Caribbean, and Central America to the United States and Canada, and the fact that so many people do not have access to health care, creates vulnerabilities. Health systems in the region are already burdened by the increasing toll of chronic disease and will need to develop tools to anticipate climate-related outbreaks and develop lab capacity and response to address problems”.

sus nexos con el bienestar. La salud construye espacios virtuosos a partir de los cuales es posible medir la “mejora constante del pueblo”. Muestra la importancia que tiene el ser en la política social en el espacio donde se brinda atención a sus enfermedades; es la respuesta más humana y de solidaridad que la sociedad puede otorgar a otro ser humano.

Además, es una medida mínima de justicia distributiva en una sociedad que es del suyo desigual. Incluso, desde el punto de vista de la eficiencia y la eficacia económica, el sistema de atención de la salud es estratégico en la productividad nacional: una población sana impacta en la economía productiva.

Como lo hemos asentado desde el punto de vista de los derechos humanos; esto es, desde la visión ética que se desprende del apartado dogmático de una Constitución y desde la perspectiva de los derechos humanos, no existe problema para otorgar prestaciones universales en salud a todos los habitantes del país. Lo anterior se puede mostrar en el gráfico siguiente:



Así, el debate puede estar en si es necesario, además de otorgar prestaciones universales en materia de salud y medicina, extender ese proceso a otra clase de prestaciones integradas en lo que se conoce como previsión social o seguridad social, sin que consideremos sinónimos a ambos conceptos, como son los seguros de desempleo, para madres trabajadoras y a adultos mayores.

Lo anterior nos lleva al problema del financiamiento. En rigor estricto, las posiciones que se muestran en las líneas anteriores se podrían considerar como contributivas, en la medida en que proponen financiar de manera directa o indirecta a la salud a través de procesos contributivos: IVA, cuotas de seguridad social, etcétera.

Aquí es donde inicia el deslinde entre nuestra propuesta y las presentadas. Consideramos que las diversas prestaciones sociales deben encontrar una fuente de financiamiento separada de la asistencia médica. Lo anterior implica que el sistema de salud pública y los riesgos para la salud deben operarse desde la Secretaría de Salud, a través de una función rectora de carácter federal. El financiamiento del sistema de atención a la salud puede obtenerse a través de un fondo único, lo cual constituye una política de intersección social-económica.

El producto interno bruto de México, en “billones de dólares” para 2009, 2010 y 2011, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE),²⁴⁴ se muestra en el cuadro siguiente:

²⁴⁴ Fuente: OCDE, en http://www.oecd-ilibrary.org/economics/gross-domestic-product-in-us-dollars_2074384x-table3, consultada el 24 de diciembre de 2012. La tabla incluye datos del producto interno bruto a precios corrientes y PPPs, en “billones” de dólares de Estados Unidos (*This table includes data on gross domestic product (GDP) at current prices and PPPs, in billions of US dollars*). Recordemos que un billon de dólares es igual a 1,000.000,000.00. Por su parte, el dólar se considera a valores actuales (12.93 pesos por dólar).

	2009	2010	2011
OCDE	1,541.0	1,645.5	1,745.4
Total dólares	1.541,000.000,000	1.645,500.000,000	1.745,400.000,000
Total pesos	19.925,130.000,000	21.276,315.000,000	22.568,022.000,000

El gasto neto total para el ejercicio fiscal 2008 fue de \$2.569,450.200,000.00,²⁴⁵ el gasto neto total para el ejercicio fiscal 2009 fue de \$2.846,697.000,000.00,²⁴⁶ el gasto neto total para el ejercicio fiscal de 2010 fue de \$3.176,332.000,000.00.²⁴⁷ Por su parte, el gasto total en salud en México para 2008, 2009 y 2010 según el INEGI²⁴⁸ se muestra en el cuadro siguiente:

<i>Periodo</i>	<i>Gasto presupuestal total</i>	<i>Gasto en salud</i>	<i>%</i>
2010	3.176,332.000,000.00	798,570.500,000.00	25.14
2009	2.846,697.000,000.00	748,564.781,000.00	26.29
2008	2.569,450.200,000.00	696,593.467,000.00	27.11

La tabla muestra que el gasto en salud, en términos presupuestales, no es una prioridad, porque en lugar de incrementarse ha ido en descenso. En este sentido, proponemos una transición del gasto en salud para alcanzar la cifra del 9% del PIB, como lo hacen algunos países de la OCDE, en términos de su estadística de “Gasto total en salud como porcentaje del PIB”,²⁴⁹ en términos del cuadro que se muestra a continuación:

²⁴⁵ Artículo 3o. del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2009.

²⁴⁶ *Idem.*

²⁴⁷ Artículo 2o. del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2010.

²⁴⁸ Sitio electrónico del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en <http://www.inegi.org.mx/sistemas/bie/default.aspx?IdserPadre=102002800030#D102002800030>, consultada el 24 de diciembre de 2012. La información corresponde al gasto total en salud incluyendo funciones relacionadas.

²⁴⁹ Véase OECD, Total expenditure on health. As a percentage of gross domestic product, en <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/>

<i>País</i>	<i>Gasto en salud 2011</i>	<i>Gasto en salud México²⁵⁰</i>	<i>Diferencia</i>
Holanda	12.0	6.2	-5.8
Francia	11.6	6.2	-5.4
Alemania	11.6	6.2	-5.4
Austria	11.0	6.2	-4.8
Bélgica	10.5	6.2	-4.3
Canadá	11.2	6.2	-5.0
Chile	8.0	6.2	-1.8

En materia de financiamiento, la Comisión sobre Macroeconomía y Salud realizó las siguientes recomendaciones:

1. Los países en desarrollo deberían empezar a planificar una vía para el acceso de toda la población a los servicios de salud esenciales, basada en los datos epidemiológicos y en las prioridades de salud de los pobres. También deberían esforzarse por aumentar el gasto presupuestario en salud en un 1% del PNB para 2007, y en un 2% para 2015, así como en utilizar los recursos con más eficiencia.

2. Los países en desarrollo podrían crear una comisión nacional sobre macroeconomía y salud o un mecanismo similar que ayudara a determinar las prioridades de salud y los mecanismos de financiación, coherentes con el marco macroeconómico nacional, para llegar a la población pobre con intervenciones de salud eficaces en relación con los costos.

3. Los países donantes deberían empezar a movilizar compromisos financieros anuales que permitan alcanzar el nivel, recomendado internacionalmente, del 0.7% del PNB de los países de la OCDE, para contribuir a financiar la ampliación de las intervenciones esenciales y el aumento de las inversiones tanto en

total-expenditure-on-health_20758480-table1, consultado el 25 de diciembre de 2012.

²⁵⁰ El monto para México es estimado.

investigación y desarrollo como en otros “bienes públicos mundiales”.

4. La OMS y el Banco Mundial se encargarían de coordinar la ampliación masiva y plurianual de la asistencia a la salud procedente de los donantes, y de supervisar los compromisos y aportaciones económicas de estos.

5. Los gobiernos miembros de la OMC deberían garantizar salvaguardas suficientes para los países en desarrollo, en particular el derecho de los que no fabrican los productos farmacéuticos que necesitan a reclamar la concesión obligatoria de licencias de importación desde países terceros proveedores de genéricos.

6. La comunidad internacional y los organismos como la OMS y el Banco Mundial deberían fortalecer sus operaciones. El Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (FMSTM) deberían disponer de una financiación suficiente para apoyar el proceso de ampliación de las acciones frente al VIH/sida, la tuberculosis y la malaria. Se propone la creación de un Fondo Mundial de Investigaciones en Salud (GHRF).

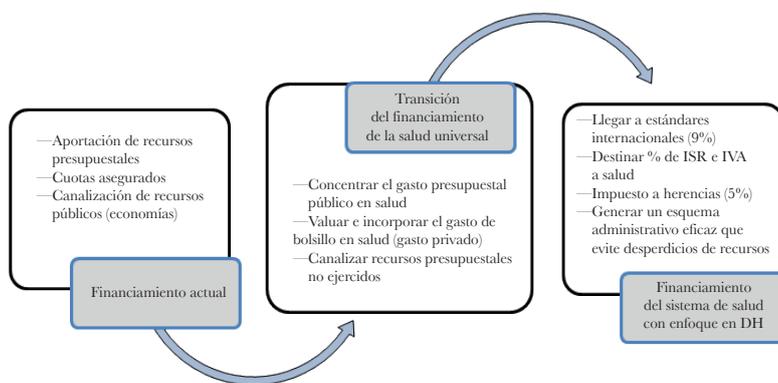
7. Debería fortalecerse el suministro de bienes públicos mundiales por medio de financiación adicional de organismos como la OMS y el Banco Mundial.

8. Es indispensable refrendar los incentivos al sector privado para el desarrollo de medicamentos contra las enfermedades de los pobres. El FMSTM y otras entidades compradoras deberían establecer compromisos previos de adquisición de nuevos productos para objetivos concretos (por ejemplo, vacunas para el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis) como incentivos basados en el mercado.

9. La industria farmacéutica internacional, en cooperación con la OMS y los países de bajos ingresos, debería garantizar el acceso de los habitantes de estos últimos a los medicamentos esenciales. Esto se lograría mediante compromisos para proporcionar los medicamentos esenciales al mínimo precio comercial viable en los países pobres y para conceder la licencia de fabricación de dichos medicamentos a productores de genéricos.

10. El FMI y el Banco Mundial deberían trabajar con los países receptores para integrar la ampliación de los servicios de salud y otros programas de reducción de la pobreza en un marco macroeconómico viable.²⁵¹

Seguir estas recomendaciones ayudaría al financiamiento de un sistema de salud con enfoque en derechos humanos. En este contexto, la transición económica se muestra en el cuadro siguiente:

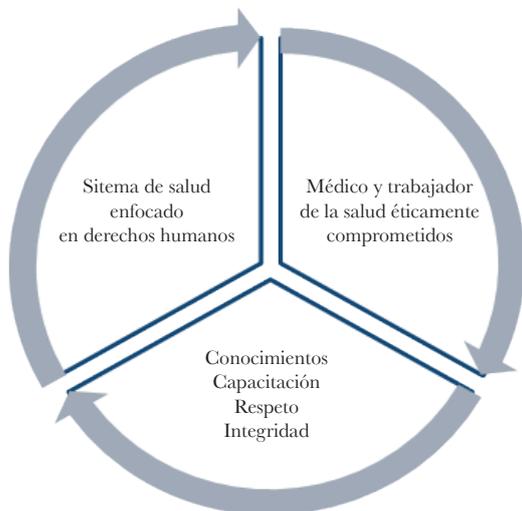


Quizá el impuesto federal a herencias sea una propuesta polémica; sin embargo, en todas las propuestas analizadas para dar vigencia al sistema universal del salud se destaca la necesidad de buscar mecanismos novedosos de financiamiento, por lo que consideramos que una imposición del 5% adicional a herencias no sería gravoso para nadie y contribuiría a incrementar los ingresos para el gasto en salud. Los recursos así obtenidos se podrían etiquetar en un esquema 80/20; esto es, el 80% se quedaría en las entidades federativas y el 20% se canalizaría a la Federación.²⁵²

²⁵¹ Documento: Invertir en salud. Resumen de las conclusiones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, p. 9, en http://www.who.int/macrohealth/infocentre/advocacy/invertir_en_salud_es.pdf, consultado el 25 de diciembre de 2012.

²⁵² Por supuesto, se requiere un mejor análisis sobre el tema, pero como propuesta puede ser útil.

En otro orden de ideas, una de las prioridades de gasto en salud debe ser una capacitación vigorosa en derechos humanos al personal médico y hospitalario y un programa de incentivos de permanencia a todo el personal de salud, como se muestra en cuadro siguiente:



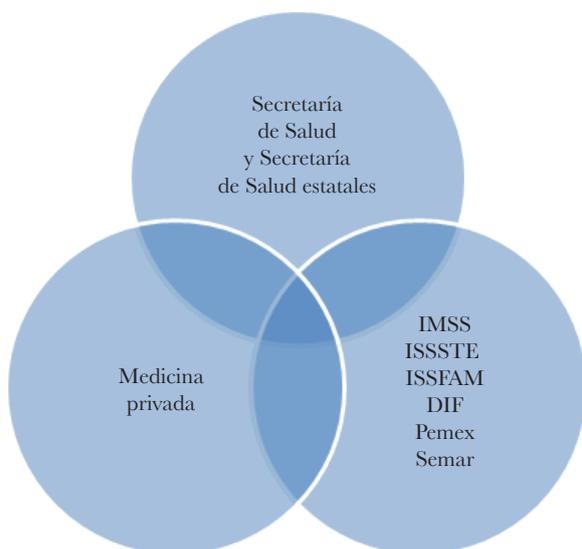
La permanencia derivará necesariamente de la interacción entre los elementos del cuadro y una organización administrativa con enfoque también humano.²⁵³

También debemos generar una atención médica plural, sinergia pública-privada, lo que implica la integración global de servicios de salud, tanto los que se prestan a nivel público como los que se dan en los espacios privados. Un programa de consultorios populares, apoyados por la iniciativa privada médica, a precios módicos, cuya factura se pagará por el gobierno federal a través de la Secretaría de Salud, podría ser una buena respuesta para

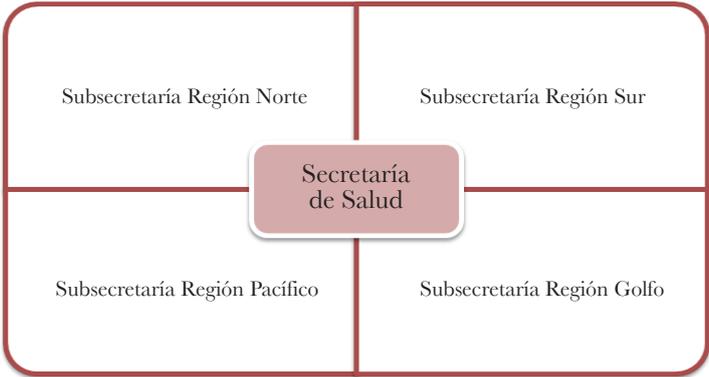
²⁵³ Harmon, Michael M. y Mayer, Richard T., *Teoría de la organización para la administración pública*, trad. Pastor Jesús Andrade Covián y Mónica Utrilla; est. Jorge Tamayo Castro Paredes, México, Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública-FCE, 2001, pp. 240 y ss.

hacer efectivo el derechos humano a la salud, mejorar la salud de los mexicanos e impulsar la economía nacional.

Una posible estructura de estas interacciones se muestra en el cuadro siguiente:

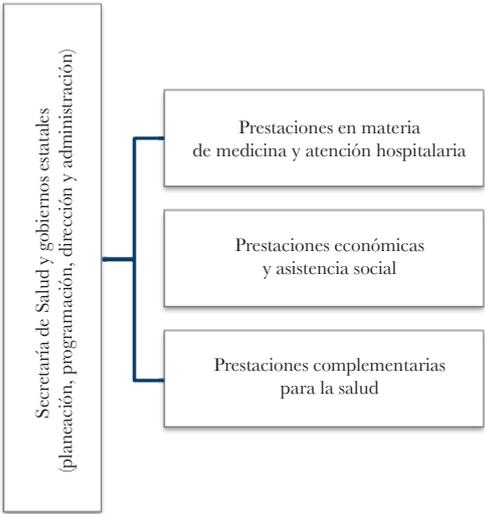


Lo que implica que toda la organización administrativa se debe volcar hacia nuevos procesos que permitan el logro de los objetivos propuestos. Así, en nuestra opinión, el nuevo esquema del sistema de salud a nivel país se sustentaría en una Secretaría de Salud operando como agente central único, generador de políticas en materia de salud para todo el país. Comparador universal de insumos para la salud y pagador único de servicios prestados en el marco del derecho humano a la salud y el acceso universal a la medicina. La división del país se podría hacer en cuatro regiones, donde operarían cuatro subsecretarías, como se muestra en el cuadro siguiente:

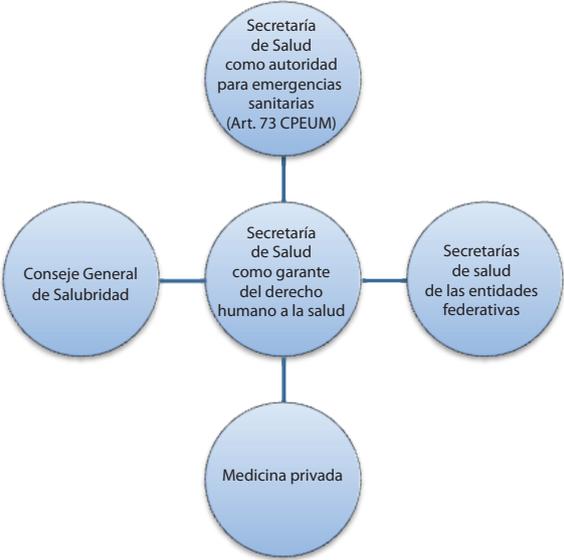


En el núcleo de la Secretaría de Salud quedarían las funciones de dirección, planeación y finanzas. En cambio, en cada subsecretaría los procesos de atención médica de primer, segundo y tercer niveles, otorgando el acceso universal a la medicina.

Esta estructura podría ser de transición, permitiendo en el futuro el avance hacia un sistema de salud integrado funcionalmente, como se muestra en el cuadro siguiente:



Una estructura de estas características permite un enfoque integral en materia de salud, en tres ejes: *a*) el cuidado de la salud; *b*) las prestaciones económicas vinculadas a la seguridad social, y *c*) las prestaciones complementarias (agua potable, alimentos, alcantarillado, medio ambiente, etcétera). Lo anterior sienta las bases de un nuevo modelo de sistema de salud para México.



Un esquema de estas características articula los recursos del país en materia de salud hacia el logro de objetivo común: el enfoque en derechos humanos para la salud.