

Financiamiento Justo y
Protección Social Universal:
La Reforma Estructural del
Sistema de Salud en México

**Financiamiento Justo y
Protección Social Universal:
La Reforma Estructural del
Sistema de Salud en México**

Primera edición, 2004

D.R. © Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696 México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

FINANCIAMIENTO JUSTO
Y PROTECCIÓN SOCIAL
UNIVERSAL

LA REFORMA ESTRUCTURAL
DEL SISTEMA DE SALUD
EN MÉXICO

Este documento fue preparado para la “Conferencia Internacional sobre Innovaciones en el Financiamiento de la Salud” (que honra la memoria de Juan Luis Londoño) (México, D.F., abril 20 y 21 de 2004) por Julio Frenk, Felicia Knaul, Octavio Gómez-Dantés, Eduardo González-Pier, Héctor Hernández-Llamas, Miguel Angel Lezana, Héctor Arreola, Sebastián González, Adolfo Martínez-Valle, Enrique Ruelas, Roberto Tapia, Carlos Santos-Burgoa y Renato Iturriaga. Julio Frenk es Secretario de Salud de México; Felicia Knaul está adscrita a la Secretaría de Educación Pública de México y a la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD); Héctor Arreola y Sebastián González trabajan en Funsalud, y el resto de los autores están adscritos a la Secretaría de Salud de México.

El diseño, desarrollo e implementación de la reforma descrita en este documento son resultado del trabajo de un amplio equipo en su mayoría de la Secretaría de Salud de México que incluye a: Carlos Avila, Mauricio Bailón, Mariana Barraza, Fernando Chacón, Julio Frenk, Gabriel García, Octavio Gómez, Eduardo González, Héctor Hernández, Ignacio Ibarra, Mercedes Juan, Felicia Knaul (FUNSALUD), María Eugenia de León-May, Miguel Angel Lezana, Rafael Lozano, Adolfo Martínez, Gonzalo Moctezuma (anteriormente en la Secretaría de Salud de México), Gustavo Nigenda (FUNSALUD), Gustavo Oláiz (Instituto Nacional de Salud Pública), Enrique Ruelas, Cuauhtémoc Ruíz, Carlos Santos, Jaime Sepúlveda, Guillermo Soberón (FUNSALUD) y Roberto Tapia. Los autores le agradecen a Esperanza Calleja, Alejandra Martínez y Oscar Méndez su excelente apoyo en la investigación. Parte del trabajo analítico para este documento fue realizado por Felicia Knaul en la Fundación Mexicana para la Salud con el apoyo del Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología de México (CONACYT), el Proyecto de Salud y Competitividad, Population Aging Research Center de la Universidad de Pennsylvania y la Organización Mundial de la Salud. Los autores son los únicos responsables por el contenido de este documento. Una versión más corta de este trabajo fue sometida a evaluación para su publicación en *Health Affairs*.

Contenido

Síntesis Ejecutiva	7
Introducción	13
Tres Generaciones de Reforma en Salud en México: 1943 a 2003	17
Desequilibrios Financieros en la Atención a la Salud	23
La Reforma: Protección Social en Salud	31
Retos de la Implantación	47
Conclusiones	49
Bibliografía	53



Síntesis Ejecutiva

Desde su creación en 1943, el sistema mexicano de salud ha estado escindido entre los trabajadores del sector formal y sus familias, quienes tienen acceso a la seguridad social, y el resto de la población, que carece de algún esquema de aseguramiento público. A pesar de los importantes avances en la salud de la población mexicana a lo largo de seis décadas y tres generaciones de reformas al sistema de salud, hasta ahora no se habían resuelto los desequilibrios financieros ni la segmentación del acceso a atención a la salud.

En fechas recientes se diseñó y puso en marcha una reforma estructural del sistema de salud que responde al reto de garantizar un financiamiento justo. El trabajo analítico que generó las evidencias que sustentan la reforma dio inicio en 1999, la reforma se aprobó en abril de 2003 y el 1° de enero de 2004 entró en vigor un esquema de seguridad universal denominado Sistema de Protección Social en Salud. Este sistema busca ofrecer, por primera vez en la historia del sistema moderno de salud, igualdad de oportunidades a todos los mexicanos para participar en un seguro público de salud.

La reforma fue diseñada para democratizar el sistema de salud con base en el principio de que la atención a la salud debe garantizarse a todos los ciudadanos y residentes del país independientemente de su ingreso, lugar de residencia, origen étnico o situación laboral. La reforma por lo tanto responde a los retos de disminuir la proporción de gastos de bolsillo de los hogares mexicanos, reducir la prevalencia de gastos catastróficos por motivos de salud e incrementar la cobertura del aseguramiento en salud.

La reforma se sustenta en cinco valores básicos: igualdad de oportunidades, inclusión social, justicia financiera, corresponsabilidad y autonomía personal. Sobre la base de estos valores, esta reforma busca transformar al sistema de salud, segmentado por grupos

poblacionales, en un sistema integrado de manera horizontal, de tal forma que cada institución desempeñe una de las tres funciones básicas de todo sistema de salud -rectoría, financiamiento y prestación-, sirviendo así a todos los grupos sociales que conforman a la población mexicana.

La reforma también busca corregir los cinco grandes desequilibrios financieros que caracterizan al actual sistema de salud i) el bajo nivel de gasto general; ii) la dependencia del gasto de bolsillo como fuente de financiamiento; iii) la distribución inequitativa de recursos entre asegurados y no asegurados, así como entre estados; iv) el desigual esfuerzo financiero que realizan las diferentes entidades, y v) la proporción decreciente del gasto dedicado a la inversión. El nivel de gasto se incrementará para satisfacer las necesidades de salud de una población que atraviesa por un complejo proceso de transición epidemiológica y de envejecimiento. Las fuentes de financiamiento de la salud se modificarán para pasar del predominio del pago de bolsillo en el momento de recibir los servicios a un sistema de prepago a través de impuestos federales y contribuciones familiares subsidiadas de acuerdo con el nivel de ingreso. Además, el financiamiento de la atención a la salud se equilibrará entre asegurados y no asegurados, y se sustentará en las necesidades de salud y no en la capacidad de pago. La distribución de recursos entre estados, por su parte, dejará de estar sujeta a inercias presupuestales para basarse ahora en el número de familias afiliadas y en una fórmula transparente que corrija gradualmente las desigualdades. La contribución de los estados ya no será tan desigual y dejará de ser discrecional para basarse también en el número de familias afiliadas. Finalmente, los gastos corrientes y de inversión responderán a un Plan Maestro de Infraestructura.

El diseño de la reforma cuenta, para alcanzar sus objetivos, con doce innovaciones: i) la protección del financiamiento de las actividades de salud pública; ii) la cobertura de un conjunto integral de servicios incluyendo aquéllos que provocan gastos catastróficos; iii) un proceso de asignación de recursos que hace uso de una fórmula que reduce las inequidades entre estados; iv) una presupuestación democrática basada en la afiliación de familias; v) un enfoque en los beneficios micro y macro-económicos de un sistema de salud funcional; vi) diversos estímulos a una inversión suficiente y eficiente en infraestructura; vii) un padrón de familias afiliadas; viii) el uso de las evi-

dencias y la información como base para el diseño y la implantación de la reforma; ix) un monitoreo y evaluación rigurosos; x) la promoción de la participación efectiva de los sectores no lucrativos y privado; xi) el uso de incentivos para promover el buen desempeño de los prestadores, y xii) un énfasis en los consensos entre los actores políticos, los proveedores y los usuarios de los servicios de salud.

Por el lado del financiamiento, la reforma introduce importantes innovaciones, incluyendo la separación del financiamiento de los servicios personales y colectivos. Estos últimos serán financiados por un fondo especial denominado Fondo de Aportaciones para los Servicios a la Comunidad. Los servicios personales de salud de tercer nivel incluidos en el paquete de beneficios del Seguro Popular de Salud serán cubiertos por el Fondo de Aportaciones contra Gastos Catastróficos, diseñado para agregar los riesgos a nivel nacional. El paquete de beneficios se ampliará gradualmente de acuerdo con la disponibilidad de recursos y con base en criterios explícitos de costo-efectividad y aceptabilidad social.

El Seguro Popular de Salud constituye el brazo operativo del sistema y ofrece a todos los mexicanos no asegurados acceso a un seguro público de salud que cubre los servicios personales de salud. Después de un periodo de transición de siete años, el Seguro Popular de Salud deberá cubrir a toda la población que hoy no está afiliada a alguno de los institutos de seguridad social. Esto significa que en el 2010 el sistema mexicano de salud habrá alcanzado la protección financiera universal. El financiamiento del Seguro Popular de Salud es tripartito ya que cuenta con recursos provenientes del gobierno federal, los gobiernos estatales y las familias beneficiarias. Este diseño homogeneizará las fuentes de financiamiento entre el IMSS, el ISSSTE y el Seguro Popular.

El financiamiento general pasa así de una lógica inercial y burocrática a una lógica de democratización, y de una orientación hacia la oferta a un subsidio de la demanda, mediante la transferencia de los recursos federales a los estados con base en el número de familias afiliadas. La asignación de la contribución solidaria federal se realiza aplicando una fórmula destinada a reducir las desigualdades entre estados y grupos de población que utiliza como variables centrales las necesidades de salud, el nivel de rezago en salud y el desempeño.

El carácter voluntario del proceso de afiliación ayuda a alinear la demanda y la oferta del sistema de salud al crear incentivos para el

buen desempeño de los prestadores, sobre todo en el nivel estatal, ya que la asignación depende de la afiliación.

La reforma también incluye una serie de innovaciones que buscan promover la portabilidad y la autonomía personal para los cuales la información y las evidencias constituyen ingredientes fundamentales. Dentro de los mecanismos de generación de evidencias destaca, por ejemplo, la etapa piloto del Seguro Popular de Salud, que se implantó en 2001. A finales de 2003 este seguro contaba con 625,000 familias afiliadas en 24 de los 32 estados de la federación. La duración y magnitud de la fase piloto permitió desarrollar, con la participación de los usuarios y proveedores, muchas de las innovaciones que se diseñaron para la reforma.

Como la reforma ubica al ciudadano en el centro del proceso de democratización, el apoyo de las familias afiliadas resulta central para su éxito y sustentabilidad. Por esta razón la Secretaría de Salud operará un sistema de información sobre la afiliación que permitirá aplicar la fórmula de presupuestación, identificando el nivel de contribución de cada familia y asegurando la transparencia en la asignación de recursos. También se hará énfasis en la información para el afiliado y en su empoderamiento.

La reforma también fortalece las actividades de monitoreo, acreditación y evaluación. Se están produciendo, por ejemplo, informes anuales que incluyen indicadores de desempeño a nivel estatal. Por su parte, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, una iniciativa que dio inicio en 2001 y que busca mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud, incluye una carta de derechos para los usuarios de estos servicios, un sistema de quejas y sugerencias, y procesos formales de acreditación de los prestadores de servicios.

La implantación de la reforma plantea una serie de retos. En primer lugar, se requiere de recursos públicos adicionales para reemplazar el gasto de bolsillo y hacer frente a las necesidades de salud insatisfechas de la población. El financiamiento de los servicios de salud pública y comunitarios también requiere de una reingeniería sustancial que garantice un equilibrio entre la inversión en prevención y la inversión en servicios personales curativos. Otro reto es la creación dentro del sistema de una cultura organizacional con mayor capacidad de respuesta y orientada al usuario. La población debe empezar a confiar en los servicios públicos para convencerse de la

utilidad de contribuir por anticipado a la atención de su salud y para reafiliarse al Seguro Popular de Salud.

Otro reto más es el desarrollo de un ambiente competitivo por el lado de la oferta. Cambiar el enfoque de los incentivos hacia la demanda, al tiempo que se fortalece la oferta, es un requisito que debe alcanzarse en la fase de transición. Para lograr esto en un contexto de rápidas transformaciones organizacionales y sistémicas, es necesaria una profunda reingeniería que contemple estrategias de gerencia del cambio. Se deben asimismo establecer mecanismos de compensación entre estados y proveedores, garantizar una mayor portabilidad geográfica e institucional de los seguros públicos, promover una mayor competencia entre proveedores e incrementar la capacidad de elección de los usuarios. También se debe promover una mayor y más racional participación de los sectores privado y no lucrativo.

La reforma mexicana ofrece importantes lecciones a otros países tanto desarrollados como en vías de desarrollo debido al contexto político y económico en el que se está implantando, la transición epidemiológica por la que atraviesa y las restricciones presupuestales que enfrenta. También constituye un interesante ejemplo de cómo trabajar simultáneamente en los componentes ético, técnico y político de una reforma. Finalmente, la reforma mexicana constituye un ejemplo del círculo virtuoso que existe en la generación de información y evidencias en los niveles nacional e internacional.



Introducción

Uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de salud de todo el mundo es alcanzar un financiamiento justo. A lo largo del siglo XX se crearon muy diversos y complejos sistemas de salud que acompañaron los grandes avances tecnológicos en la atención médica. Sin embargo, todavía no se cuenta con mecanismos efectivos, equitativos y sustentables para financiar estos sistemas, que ahora además enfrentan la aparición de brechas cada vez mayores en el acceso a la tecnología médica entre y al interior de los países. Algunas naciones desarrolladas han enfrentado este reto mediante la creación de seguros sociales universales, pero incluso los países más ricos han tenido dificultades para construir una base financiera sustentable. Son muy pocos los países en desarrollo que han podido responder de manera eficaz al reto de ofrecer servicios modernos de salud a todos sus ciudadanos (Organización Mundial de la Salud, 2000).

En fechas recientes México puso en marcha una reforma estructural del sector salud que responde al reto de alcanzar un financiamiento justo. El trabajo analítico que dio origen a las evidencias que sustentan la reforma dio inicio en el año 2000; la reforma se convirtió en ley en abril de 2003, y el 1° de enero de 2004 entró en operación un esquema de seguro universal denominado Sistema de Protección Social en Salud. El Seguro Popular de Salud constituye una parte fundamental del Sistema de Protección Social en Salud y fue diseñado para financiar servicios personales no especializados de salud. Este seguro funcionó como programa piloto de 2001 a 2003 y a partir del 2004 se constituyó en el brazo ejecutivo del nuevo sistema.

México es un país de ingresos medios con profundas desigualdades sociales que se reflejan tanto en sus condiciones de salud como en la estructura de su sistema de atención. El país está pasando por una compleja transición epidemiológica caracterizada por un rápido crecimiento de las enfermedades no transmisibles y la persistencia de en-

fermedades infecciosas comunes y problemas de salud reproductiva entre los grupos más pobres. A pesar de ser la novena economía del mundo (Poder Ejecutivo Federal, 2003), México dedica sólo 5.8% de su PIB a la atención a la salud (Secretaría de Salud, 2003a) –un porcentaje muy bajo para hacer frente a estos complejos retos.

La reforma mexicana incluye una serie de innovaciones en el financiamiento y la asignación de recursos, el diseño de incentivos y las reglas de rendición de cuentas. Con estas innovaciones se busca que el nuevo sistema proteja a las familias reduciendo los gastos de bolsillo como fuente de financiamiento de la atención a la salud, ofrezca mayores incentivos a la eficiencia de los proveedores, promueva una distribución más equitativa de los recursos financieros y de salud entre los hogares y los estados, garantice una mejor calidad en la atención a la salud y estimule el desarrollo económico.

La base ética de la reforma es la democratización del sistema de salud para hacer efectivo el derecho constitucional de todos los mexicanos a la protección de su salud. Por primera vez en la historia del país, el nuevo sistema creado por la reforma hará posible que todos los mexicanos, independientemente de su situación socio-económica o laboral, ejerzan su derecho a la protección social en salud y tengan acceso a un seguro público de salud.

El principal problema que enfrenta la reforma es la protección financiera. En la evaluación del desempeño de los sistemas de salud publicada en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud, México ocupó el lugar 51 entre 191 naciones, pero se ubicó en el lugar 144 en el rubro de justicia financiera (Organización Mundial de la Salud, 2000).* El bajo desempeño del sistema de salud mexicano en este rubro refleja la falta de protección financiera que enfrenta más de la mitad de los hogares mexicanos (Secretaría de Salud, 2003a). Desde su surgimiento en la década de 1940, el sistema mexicano contemporáneo de salud estuvo marcado por la escisión entre la población asegurada, cubierta por la seguridad social, y los no asegurados.

* Un sistema de salud se financia de manera justa si los riesgos que enfrentan los hogares debido a los costos de la atención a la salud se distribuyen de acuerdo con la capacidad de pago y no con base en las necesidades de salud, asegurando así la protección financiera de toda la población (Organización Mundial de la Salud, 2000).

En este modelo fragmentado, los que no trabajan, los auto-empleados y los desempleados, lo mismo que los trabajadores del sector informal, estaban excluidos de los esquemas públicos de aseguramiento en salud. Como resultado, la cobertura de seguros en México es regresiva tanto entre hogares como entre estados, los gastos de bolsillo de los hogares representan más del 50% del gasto en salud y el empobrecimiento por el gasto en salud es particularmente frecuente en los deciles de ingresos más bajos (Secretaría de Salud, 2001b; Secretaría de Salud, 2002; Secretaría de Salud, 2003a; Knaul, Arreola, Borja, et al, 2003; Scott, 2001).

Este documento analiza las bases éticas, las características financieras, las principales innovaciones y los beneficios esperados de la reforma mexicana. En la primera sección se describe la evolución del sistema moderno de salud de México. La segunda sección ofrece una revisión de los desequilibrios financieros del sistema de salud. En la tercera parte se discuten los principales elementos e innovaciones de la reforma, con énfasis en el uso intensivo de evidencias para guiar su diseño, promover su aprobación y orientar su implantación. En la siguiente sección se presenta un resumen de algunas de las lecciones aprendidas en el proceso de desarrollo de la reforma y de los retos que habrán de enfrentarse en la fase de implantación. En la sección de conclusiones se discute la relevancia de la reforma mexicana para otros países y su contribución a la generación de evidencias sobre reformas del sector salud.*

* Ejemplos de esta amplia discusión incluyen: Docteur, Oxley (1993); Wagstaff, Van Doorsler (1999); Organización Mundial de la Salud (2000); Murray, Frenk (2001); Murray, Knaul, Xu et al (2001); Wagstaff, Van Doorslaer (2002); Murray, Evans (2003), y Xu et al (2003).



Tres Generaciones de Reforma en Salud en México: 1943 a 2003*

Instituciones

El sistema mexicano de salud ha evolucionado a lo largo de tres generaciones de reforma. Los retos actuales, que están siendo enfrentados por la reforma del 2003, tienen su origen en el diseño original del sistema moderno de salud y en la primera generación de reformas.

La fundación del sistema nacional de salud data de 1943, año en el que se crean la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El sistema estaba dividido entre los asegurados (empleados del sector formal privado y sus familias, quienes estaban cubiertos por el IMSS) y los no asegurados (trabajadores del sector informal, desempleados y personas que no trabajaban). Desde su origen, el sistema mexicano de salud estuvo escindido entre los miembros del sector formal de la economía -que contaban con derecho, capacidad de pago y acceso a la seguridad social formal, incluyendo el acceso a un seguro de salud- y el resto de la población -que carecía de acceso a un seguro público de salud. La población más pobre, no asegurada, era tratada como un grupo residual atendido por la Secretaría de Salud. En 1960, con la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), surgió un tercer sistema de seguro que cubría a los empleados del gobierno y a sus familias. Con el tiempo se crearon otros institutos de seguridad social más pequeños que cubren a poblaciones específicas.

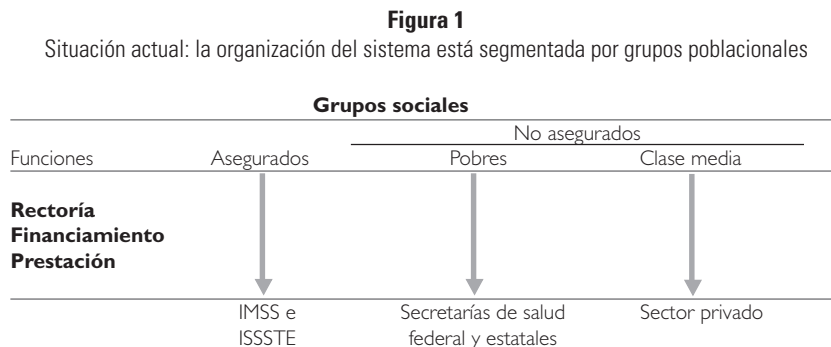
Las instituciones creadas durante la primera generación de reforma dieron lugar a un modelo segmentado y brindaron servicios de

* Esta sección es un resumen de Frenk, Sepúlveda, Gómez-Dantés y Knaul. Evidence-based health policy: Three generations of reform in Mexico. *Lancet* 2003;362(9396):1667-1671.

manera vertical a diversos grupos poblacionales (Figura 1). Cada institución era responsable de la rectoría, financiamiento y prestación de los servicios de salud para su respectivo grupo social. La Secretaría de Salud era responsable de la llamada “población abierta”, constituida por las familias pobres urbanas y rurales no aseguradas, para la cual contaba con una fuente de financiamiento y un paquete de servicios mal definidos. Los proveedores privados, muchos de los cuales carecían de acreditación y proveían servicios de baja calidad, ofrecían servicios a los no asegurados con capacidad de pago (Figura 1). Cabe señalar, sin embargo, que debido a los largos tiempos de espera y la baja calidad de los servicios de las instituciones públicas y de seguridad social, tanto las familias aseguradas como las no aseguradas de todos los niveles de ingresos suelen utilizar servicios privados pagando de su bolsillo en el momento de recibir la atención.

El IMSS se financia con recursos de tres fuentes: la contribución del trabajador a su pensión y a su seguro de salud, que es una función creciente del salario del trabajador; la contribución del empleador del sector privado, y la contribución del gobierno federal para cada trabajador y su familia. El ISSSTE se financia con recursos de dos fuentes: la contribución del empleado, que también es una función creciente de su salario, y la contribución del gobierno. La lógica del financiamiento es similar a la del IMSS, ya que el gobierno juega también el papel del empleador. Desde sus orígenes y hasta la reforma del 2003, la Secretaría de Salud se financiaba fundamentalmente con fondos federales y, en menor medida, con contribuciones de los gobiernos estatales y cuotas pagadas por las familias en el momento de recibir la atención.

A lo largo de las siguientes décadas se produjeron avances adicionales en el sistema de salud. A finales de los setenta se puso en marcha



una segunda generación de reformas que giraron en torno a la descentralización, la cobertura con atención primaria a la salud y el reconocimiento del derecho constitucional a la protección de la salud. La ampliación de la atención básica a la salud enfatizó la rehidratación oral, la atención a la salud reproductiva y materno-infantil, la vacunación universal, la calidad de los servicios, la disponibilidad de agua y el acceso a la educación básica. Los programas se focalizaron en las poblaciones rurales con pocos servicios y las poblaciones urbanas pobres. Como parte de la ampliación y profundización de la atención básica a la salud, a principios de los noventa se creó el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC). Este programa ofrecía un paquete de 12 intervenciones básicas a las familias rurales pobres, muchas de las cuales sólo contaban con un acceso esporádico a unas cuantas intervenciones.*

En 1983 se puso en marcha una importante reforma de salud. Se introdujo una reforma constitucional que estableció el derecho de todas las personas a la protección de su salud y el código sanitario decimonónico fue remplazado por una moderna Ley General de Salud. En la segunda fase de esta reforma dio inicio un proceso de descentralización de los servicios de salud que se concluyó en 14 de los 32 estados de la federación.

La tercera generación de reformas surgió a finales de los noventa atendiendo a las evidencias internacionales que sugerían una reorganización de los sistemas de salud mediante la integración horizontal de sus funciones básicas: rectoría, financiamiento y prestación. La base financiera del IMSS se fortaleció al tiempo que se mejoró la calidad de la atención. Los cambios en esta institución se basaron en los resultados de un ejercicio analítico pionero llevado a cabo en 1995 que condujo a su reorganización financiera a través de una reforma legislativa aprobada en 1997 (IMSS, 1995a y b).

Este mismo año se creó un programa de bienestar social integral basado en incentivos (PROGRESA, Programa de Educación, Salud y Nutrición, cuyo nombre cambió por el de OPORTUNIDADES en 2001) que incluye un paquete básico de salud y un componente de educación (Secretaría de Desarrollo Social, 1997). Este programa está diri-

* El PAC fue un programa vertical financiado a nivel federal que ya no existe. Se integró a los servicios de salud de los estados y sus recursos fueron descentralizados.

gido a los más pobres y en 2003 incluyó a 4.2 millones de familias a lo largo y ancho del México rural y urbano. Este programa constituye una importante herramienta para la extensión de la cobertura básica en salud. Dentro de los elementos innovadores de este programa destacan su evaluación periódica rigurosa, el uso de una encuesta para identificar el nivel socio-económico de las familias y un cuidadoso padrón de hogares afiliados.

Con la tercera generación se extendió la descentralización de la prestación y el financiamiento de los servicios de salud para la población no asegurada a todos los estados de la federación. Si bien esto permitió que la Secretaría de Salud se concentrara en su función rectora, el proceso de descentralización sigue constituyendo un reto en términos de construcción de capacidades a nivel estatal. Más aún, la descentralización ha exacerbado las inequidades financieras entre los estados, un tema que está siendo considerado en la reforma de 2003. Las tres generaciones de reformas dieron lugar a muchos avances en la atención de la salud y el desarrollo del sistema mexicano de salud. Aunque estos avances son básicos para entender el contexto de la reforma de salud en México, la segmentación y la inequidad financiera del modelo original no se enfrentaron sino hasta 2003 con la reciente reforma a la Ley General de Salud.

Evidencias

Un importante legado de las reformas es una sólida base de evidencias para la toma de decisiones. Esta base de evidencias es producto del fortalecimiento de la capacidad institucional para la investigación. En 1922 México fue pionero en el campo de la investigación y la educación en salud al establecer una de las primeras escuelas de salud pública del mundo, la Escuela de Salud Pública de México. En 1987 esta escuela se fusionó con dos centros de investigación para dar origen al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), el cual fortaleció la capacidad para generar información mediante la aplicación de instrumentos tales como encuestas nacionales de salud y para producir e integrar las evidencias al proceso de diseño de políticas. El INSP es el décimo instituto nacional de salud con el que cuenta México.

Otro importante desarrollo institucional fue la creación de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) a principios de los

ochenta. FUNSALUD fue creada como un “centro de análisis” independiente, no gubernamental, orientado al diseño de políticas. En su establecimiento participó un amplio grupo de líderes del sector privado cuya intención era contribuir a la ampliación del acervo de evidencias para la toma de decisiones mediante la movilización de recursos propios complementados con recursos de otras instituciones nacionales e internacionales (FUNSALUD, 2003).

En los años noventa se lanzaron varias importantes iniciativas de investigación. Diversos investigadores del INSP y FUNSALUD diseñaron un paquete de servicios esenciales de salud. En ese mismo periodo un grupo de especialistas y economistas puso en marcha una nueva línea de investigación sobre financiamiento de la atención a la salud. Esto fue posible gracias a la existencia de varios años de Encuestas de Ingreso y Gasto de los Hogares que había llevado a cabo el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). Estos trabajos se realizaron en la Fundación Mexicana para la Salud y culminaron con una publicación en 1994 (Frenk, González Block, Lozano, et al, 1994). En su desarrollo se utilizaron métodos tales como el análisis del peso de la enfermedad, las cuentas nacionales de salud y los análisis de costo-efectividad.

Los frutos de esas investigaciones probaron ser insumos claves para la reforma de 2003. Arrojaron luz, por ejemplo, sobre el hecho de que más de la mitad de los gastos en salud en México se financiaban con gastos de bolsillo, buena parte de los cuales procedían de las familias más pobres no aseguradas (Frenk, González Block, Lozano, et al, 1994). Esta información rompió con la creencia errónea de que el sistema mexicano de salud estaba financiado en su mayoría con recursos públicos. Dada la inequidad e ineficiencia del gasto de bolsillo, esta evidencia llevó a realizar investigaciones adicionales sobre las fuentes y utilización del financiamiento a la salud (Secretaría de Salud, 2001a; Frenk, Gómez-Dantés, Knaul, et al, 2001; Knaul, Méndez, Murray, et al, 2001).

La investigación realizada en los años noventa extendió y aplicó, al caso mexicano, diversas técnicas novedosas que se estaban desarrollando a nivel internacional. Por esta razón, el caso mexicano sirve como ejemplo de la aplicación del conocimiento como bien público global para el análisis, construcción de evidencias y diseño de políticas a nivel nacional.



Desequilibrios Financieros en la Atención a la Salud

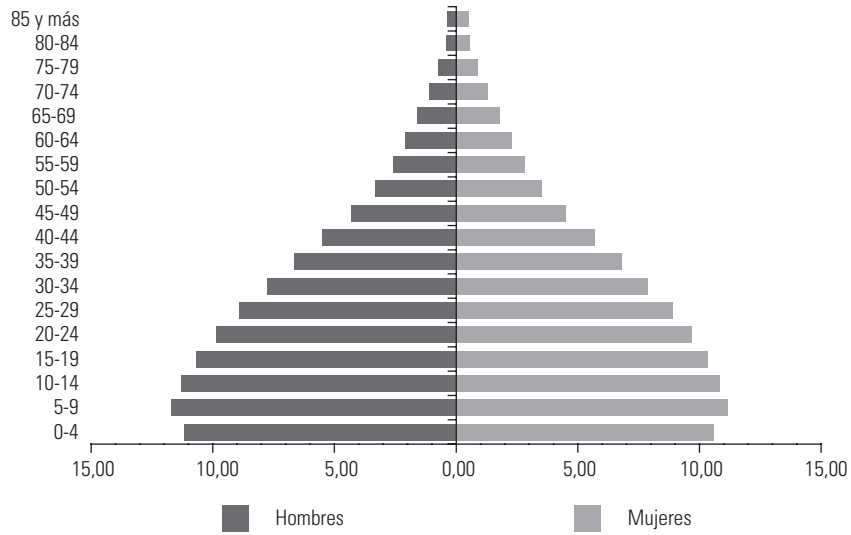
Hacia finales de siglo, México experimentaba un importante desajuste entre su sistema de salud y las necesidades de salud de su población, especialmente en términos de financiamiento. El *Programa Nacional de Salud 2001-2006* (PNS 2001-2006), subtulado *La Democratización de la Salud en México: Hacia un Sistema Universal de Salud*, incluía un profundo análisis de la salud de la población y del sistema de salud y ofrecía claras evidencias de ese desajuste (Secretaría de Salud, 2001a).

Tanto el *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006* como el PNS 2001-2006 hacen mención a las rápidas transiciones por las que atraviesa el país en los frentes demográfico, social, educativo, económico y político (Poder Ejecutivo Federal, 2001). Estos procesos de transición le imponen retos muy complejos a la población y al sector salud, pero también representan oportunidades para impulsar el desarrollo y catalizar la renovación institucional.

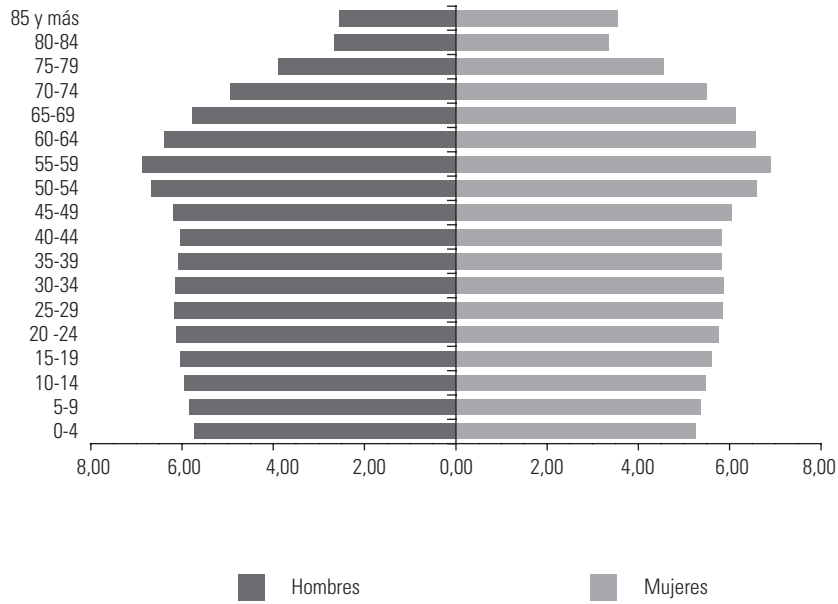
Las transiciones política y educativa han contribuido al desarrollo de una ciudadanía más crítica que ahora exige mayor democracia, información y progreso en todos los aspectos de la vida, incluyendo la prestación y el financiamiento de la atención a la salud. Las expectativas respecto a lo que el sistema de salud y otros servicios públicos deben proveer están creciendo y en caso de no ser satisfechas generarán una mayor presión para la reforma de la que existía con anterioridad.

Las transiciones demográfica y epidemiológica explican una parte importante de los cambios por los que atraviesa México. La esperanza de vida al nacer de la población mexicana aumentó de 40 años en 1943 a 75 años en el 2000, y la tasa de fecundidad cayó de 6 en 1976 a 2.4. El proceso de envejecimiento de la población también ha sido rápido y habrá de continuar. Se estima que en el año 2050 uno de cada cuatro mexicanos tendrá más de 60 años (Figura 2) (CONAPO, 2002).

Figura 2
Estructura poblacional, México 2000



Estructura poblacional, México 2050



México también está pasando por una transición epidemiológica profunda, prolongada y polarizada (Frenk, Bobadilla, Sepúlveda, et al, 1989). El peso de la enfermedad se ha desplazado dramáticamente. Entre 1950 y 2000 la proporción de muertes atribuibles a enfermedades no transmisibles pasó de 44 a 73% y la proporción atribuible a accidentes de 6 a 13% (Secretaría de Salud, 2001a). Al mismo tiempo, los estados y grupos poblacionales más pobres sufren de un rezago epidemiológico y continúan haciendo frente a problemas de salud asociados a enfermedades infecciosas comunes, desnutrición y salud reproductiva. Esto implica un reto extremadamente complejo para el sistema de salud que debe luchar simultáneamente contra las enfermedades del subdesarrollo y contra los padecimientos crónicos asociados al envejecimiento de la población, cuya atención requiere de mayores recursos.

Antes de la reforma de 2003, la estructura financiera del sistema mexicano de salud estaba especialmente mal equipada para hacer frente a estos retos. Existían cinco importantes desequilibrios financieros: i) bajo nivel del gasto general; ii) dependencia del gasto de bolsillo como fuente de financiamiento; iii) inequidad en la asignación de recursos entre asegurados y no asegurados, así como entre estados; iv) desigualdad en el nivel de esfuerzo de las diferentes entidades, y v) insuficiente inversión en infraestructura (Caja 1).

Caja 1

Desequilibrios financieros del sistema de salud mexicano

1. Nivel: inversión insuficiente (5.8% del PIB)
2. Fuente: predominio del pago de bolsillo (55%)
3. Distribución
 - 3.1 Entre poblaciones: 1.5 veces entre asegurados y no asegurados
 - 3.2 Entre estados: 8 a 1 entre el estado con mayor gasto federal per cápita y el estado con menor gasto federal per cápita
4. Contribuciones estatales: 119 a 1 entre mayor y menor
5. Destino del gasto: proporción creciente a la nómina con caída de la inversión

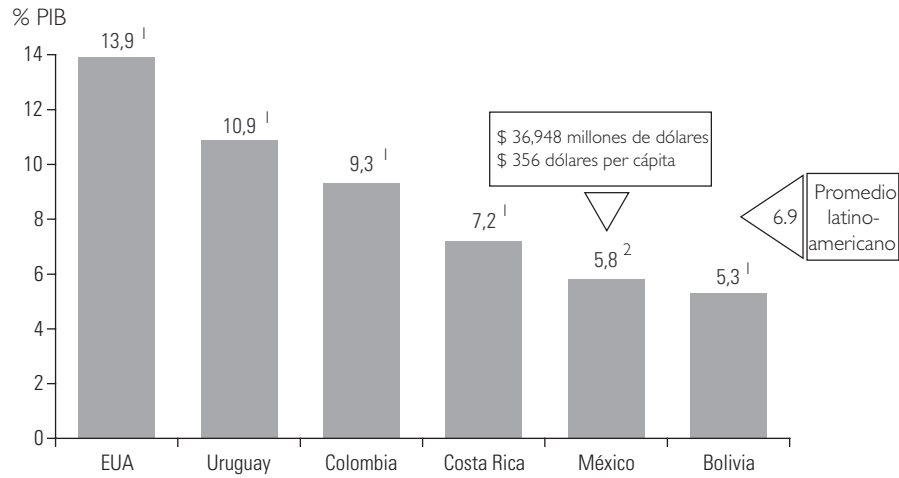
Fuente: Secretaría de Salud, 2003c.

En primer lugar, el nivel de gasto no coincide con las necesidades de la población y con los requerimientos de un sector salud funcional. En 2002, el país gastaba sólo 5.8% del Producto Interno Bruto (PIB) o 356 dólares per capita en atención a la salud. Esta cifra es más baja que el nivel promedio de América Latina (6.9% del PIB) e insuficiente para atender las necesidades de la población y los requerimientos del sistema de salud (Figura 3). En segundo lugar, a pesar de ser un medio ineficiente e inequitativo de financiamiento de la atención a la salud, el gasto de bolsillo concentra la mayor parte del gasto total en salud (55%) (Figura 4). México presenta uno de los porcentajes más altos de gasto de bolsillo de los países de ingresos medios, muy superior además al de muchos países desarrollados (Secretaría de Salud, 2003a). El tercer desequilibrio es la distribución ineficiente e inequitativa de los fondos públicos entre los grupos poblacionales y los estados. A pesar de que los no asegurados constituyen más del 50% de la población, reciben menos del 35% del gasto total federal en salud. El gasto promedio en salud de los asegurados es mayor que el gasto de los no asegurados, con \$1,741 pesos per cápita para los primeros versus \$1,130 pesos per capita para los segundos. Más aún, el gasto federal per capita en los 32 estados varía de 8 a 1 entre el estado con el gasto más alto y aquel con el gasto más bajo (Figura 5). Las diferencias en las contribuciones per capita de los estados para la atención a la salud son todavía más dramáticas y varían de 119 a 1 (Figura 6).

Esta situación se ve agravada por el hecho de que la cobertura de seguros también es regresiva. Mientras que más del 60% de la población del quintil más rico está asegurada, la cifra para el quintil más pobres es de apenas 10%. Al mismo tiempo, los estados más pobres históricamente han tenido menos acceso a la seguridad social y a los fondos federales para salud. En los estados más pobres, como Chiapas y Oaxaca, sólo una quinta parte de los hogares están asegurados (Secretaría de Salud, 2003a).

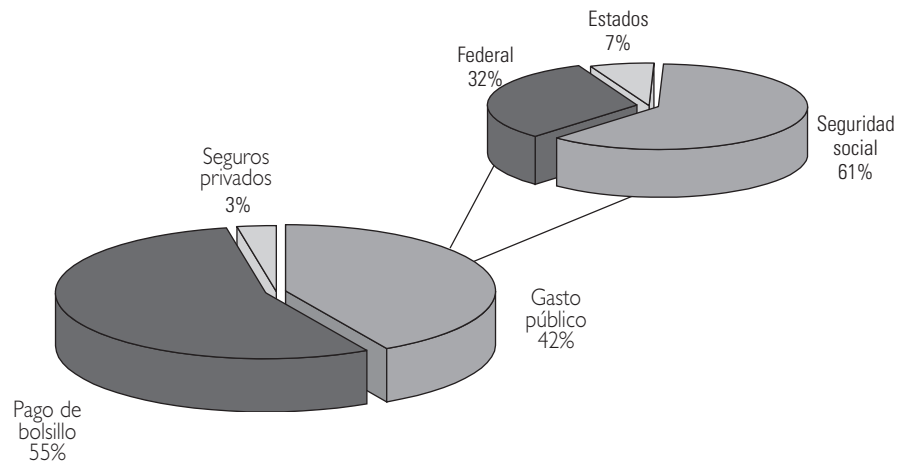
El tema de los gastos de bolsillo y especialmente de los gastos catastróficos se encuentra en el centro de la reforma. Las estimaciones sugieren que cada año, entre dos y cuatro millones de hogares incurren en gastos catastróficos –al tener que gastar en salud 30% o más de su ingreso disponible (ingreso total menos gastos en alimentación) – o en gastos empobrecedores –que hacen que crucen la línea

Figura 3
Desequilibrios financieros: bajo nivel de gasto



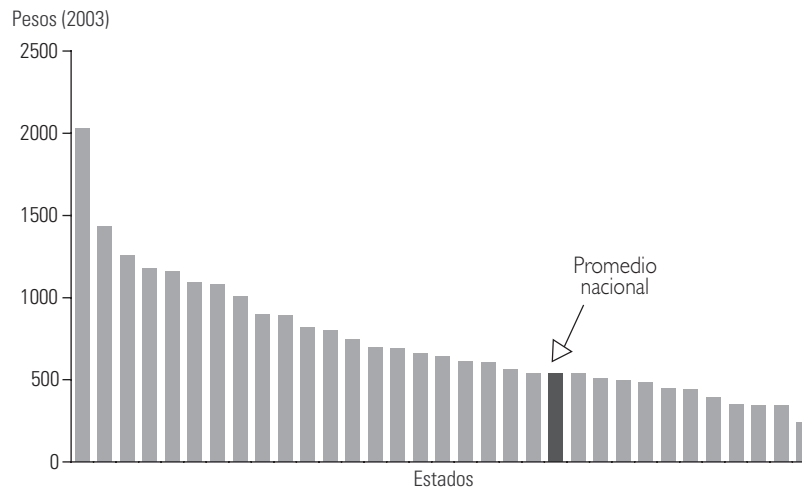
Gasto en salud como porcentaj del PIB
Fuente: 1 OMS, 2003, 2 Secretaría de Salud, 2003c

Figura 4
Desequilibrios financieros: predominio del gasto de bolsillo como fuente de financiamiento



Fuente: Secretaría de Salud, 2003c

Figura 5
Desequilibrios financieros:
inequidad en la distribución de recursos entre estados



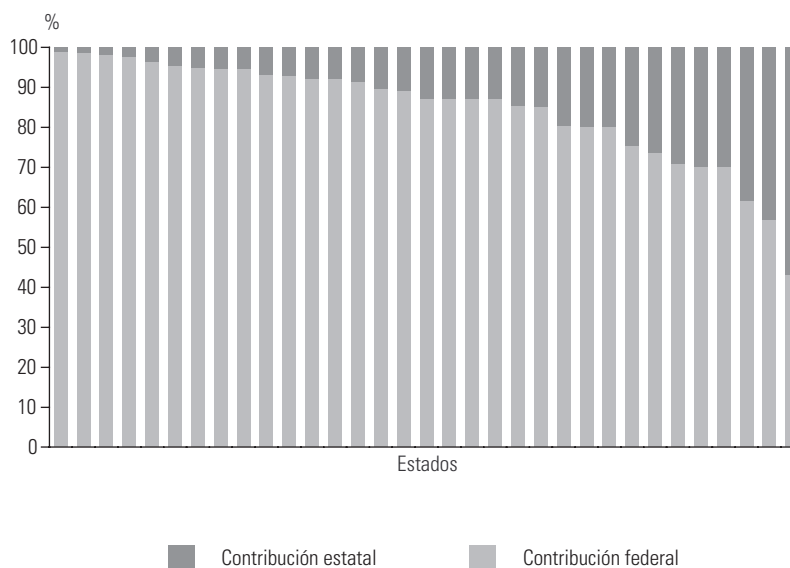
Fuente: Secretaría de Salud, 2003c

Nota: El gasto per cápita por estado se refiere al gasto per cápita descentralizado (FASSA)

de pobreza- por atender sus necesidades de salud (Secretaría de Salud, 2003a; Knaul, Arreola, Borja, et al, 2003). Además, 85% de esos hogares no están asegurados y los gastos catastróficos son particularmente comunes entre las familias más pobres (Knaul, Arreola, Borja, et al., 2003; Torres, Knaul, 2003).

El PNS 2001-2006 fue diseñado para atender los retos que enfrenta el sistema mexicano de salud y su diagnóstico apunta hacia la necesidad de una reforma, sobre todo de carácter financiero. Este programa aplicó y extendió el marco de la OMS al análisis del sistema mexicano de salud. La equidad, la calidad y la protección financiera se identificaron como los tres retos más importantes del sistema y se diseñaron políticas específicas para resolverlos. Las políticas están asociadas con cinco objetivos fundamentales: (1) mejorar las condiciones de salud de los mexicanos; (2) abatir las desigualdades en salud; (3) mejorar la capacidad de respuesta de los servicios públicos y privados; (4) asegurar justicia en el financiamiento en materia de salud salud, y (5) fortalecer el sistema de salud, especialmente las instituciones públicas.

Figura 6
Desequilibrios financieros: contribución desigual de los estados



Fuente: Secretaría de Salud, 2003c.

Nota: El gasto federal incluye el gasto descentralizado (FASSA), el gasto de los Institutos Nacionales de Salud, el gasto de diversos hospitales descentralizados y descentralizados, y el gasto de programas de combate a la pobreza.

La reforma de 2003 fue diseñada para corregir los cinco desequilibrios financieros del sistema mexicano de salud. Su propósito central es cumplir con el cuarto objetivo del PNS 2001-2006: asegurar un financiamiento justo de la atención de la salud para atender el reto de la protección financiera. La reforma también incluye importantes elementos para cumplir con los otros cuatro objetivos y para enfrentar los retos de mejorar la equidad y la calidad de los servicios. La reforma también se diseñó para generar un nuevo sistema de salud mejor capacitado para atender las necesidades de salud ligadas a las transiciones demográfica y epidemiológica, y responder a las oportunidades de desarrollo político, económico y social que se le presentan a México.



La Reforma: Protección Social en Salud

El modelo para el sistema mexicano de salud: la integración horizontal de las funciones

Londoño y Frenk (1997), tomando como criterio el nivel de integración de los dos actores básicos de todo sistema de salud, la población y las instituciones, identifican cuatro tipos principales de sistemas de atención a la salud en América Latina: a) el modelo público unificado cuyos ejemplos son Cuba y Costa Rica; b) el modelo de contrato público, como el de Brasil; c) el modelo privado y atomizado como el de Argentina, y d) el modelo segmentado, que tiene en el sistema mexicano de salud antes de 2004 su mejor ejemplo. Estos autores proponen un quinto modelo en el cual la población y las instituciones se integran de manera horizontal dentro del sistema de salud. A este modelo lo llaman de “pluralismo estructurado” y en él se refleja la visión de la actual reforma del sistema mexicano de salud.

La reforma de 2003 a la Ley General de Salud contribuye a la reorganización del sistema de salud a través de la integración horizontal de sus funciones básicas: rectoría, financiamiento y prestación. Esta nueva visión rompe con la situación previa a la reforma, que segmentaba el sistema verticalmente por grupos de población (Figuras 1 y 7).

La reforma fortalece considerablemente el papel rector de la Secretaría de Salud, que incluye el monitoreo, la evaluación del desempeño y la regulación de la totalidad del sistema. También hace universal el derecho de los ciudadanos a un financiamiento público para la protección de su salud y empieza a empoderar a los consumidores para influir en la prestación de los servicios de salud al tiempo que fortalece el lado de la oferta en el sistema. Los mecanismos a través de los cuales se producen estos cambios se describen a continuación.

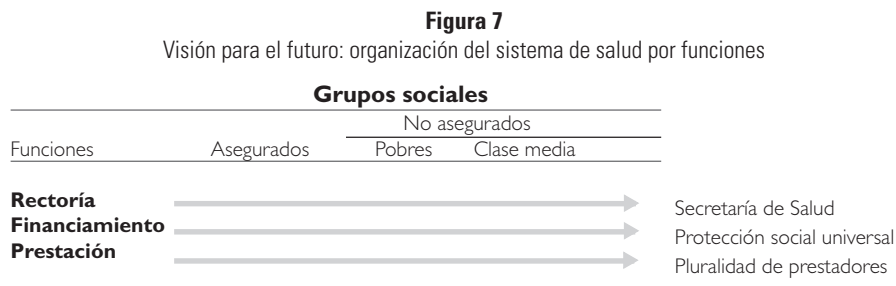
Bases éticas y valores de la reforma

México está pasando por una profunda transición política. Ahora que todos los ciudadanos pueden ejercer sus derechos civiles y políticos, es necesario completar la transición democrática garantizando el ejercicio efectivo de los derechos sociales, incluyendo el derecho a la atención a la salud. A pesar de que esto estaba formalmente reconocido en la Constitución desde hace dos décadas, en la práctica no todas las personas habían podido ejercer este derecho por igual. Debido a su situación laboral, la mitad de la población disfruta de la protección de la seguridad social y enfrenta pocas barreras para obtener atención a la salud, en contraste con lo que sucede con la otra mitad de la población, que no disfruta de esta protección.

Es por esto que el concepto guía que subyace a la reforma estructural de 2003 ha sido la “democratización de la salud”, que implica el esfuerzo por extender la democracia tanto a los derechos políticos y civiles como a los sociales. La democratización se define como la aplicación de las normas y procedimientos de la ciudadanía a las instituciones que han estado regidas por otros principios, como el control coercitivo, la tradición social, el juicio de especialistas o las prácticas administrativas (O’Donnel y Schmitter, 1991).

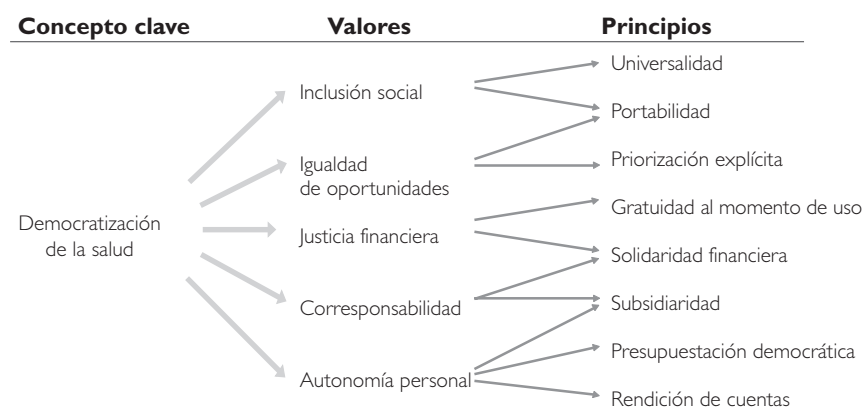
El nuevo sistema se basa en cinco valores clave y en ocho principios sustantivos (Figura 8) que sustentan el concepto de democratización:

- **inclusión social**, ya que todas las personas, independientemente de su estatus socio-económico o laboral, tienen el mismo derecho a la protección en salud, que debe basarse en las necesidades de salud, de tal manera que el sistema es universal y el derecho a la protección en salud está vinculado al individuo;



- **igualdad de oportunidades** para todos los miembros de la sociedad para acceder a la misma calidad de atención y el mismo conjunto de servicios, seleccionados a través de un proceso explícito de definición de prioridades;
- **justicia financiera**, ya que las familias contribuyen al sistema de salud de acuerdo con su capacidad financiera y reciben servicios de acuerdo con sus necesidades de salud; los servicios son gratuitos en el punto de entrega y el acceso lo define el prepago, lo que genera mejores incentivos para la asignación eficiente de recursos y el establecimiento de precios; y dado que se produce un amplia agregación de recursos financieros, se hace posible la solidaridad entre ricos y pobres, sanos y enfermos, jóvenes y viejos, y población trabajadora y población dependiente;
- **corresponsabilidad** entre el gobierno y los ciudadanos basada en el principio de subsidiaridad y solidaridad financiera;
- **autonomía personal** basada en la subsidiaridad, para garantizar que todas las decisiones se tomen en el nivel apropiado de agregación y tan cerca de la fuente de necesidades, que es el individuo, como sea posible; la presupuestación democrática, para garantizar que el dinero siga a la gente, y la rendición de cuentas de las instituciones, que hace que los ciudadanos sean capaces de participar y ejercer su derecho social a la protección en salud dentro de un sistema de salud democratizado.

Figura 8
Bases éticas de la Reforma



Principales innovaciones de la reforma

La reforma incluye doce grandes innovaciones divididas en dos grandes grupos: financieras y de rendición de cuentas. Las primeras seis se relacionan con temas de financiamiento que incluyen el diseño de los fondos, los presupuestos, las contribuciones y la asignación de recursos. Las otras seis se relacionan con los elementos de información y rendición de cuentas de la reforma que promueven la portabilidad y la autonomía personal. Las doce innovaciones son las siguientes:

1. *Financiamiento adecuado de los servicios de salud pública:* La reforma crea un fondo separado y protegido para los servicios de salud a la comunidad porque los bienes públicos de la salud requieren de una base de financiamiento agregada y universal para corregir la insuficiencia de su demanda, mientras que los servicios personales de salud operan mejor con incentivos a la demanda.
2. *Protección contra gastos catastróficos en el sistema de salud:* La reforma crea un fondo para gastos catastróficos de salud asociados con servicios personales de salud de alto costo, el cual está diseñado en torno a un paquete de servicios construido a través de un proceso explícito de definición de prioridades que utiliza criterios como la relación costo-efectividad, la aceptabilidad social y el progreso tecnológico.
3. *Asignación de recursos por medio de una fórmula que reduce las desigualdades entre estados:* Esta fórmula, basada en las necesidades y los rezagos de salud, se utiliza para definir los presupuestos con miras a reducir las desigualdades entre estados y grupos de población y para brindar incentivos para el buen desempeño a los prestadores y a los estados.
4. *Presupuestos democráticos:* La presupuestación pasa de una lógica inercial y burocrática a una lógica democrática, y cambia el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda.
5. *Beneficios macro y micro-económicos:* La reforma genera beneficios macro y micro-económicos al convertir el gasto de bolsillo,

ineficiente y atomizado, en una agregación pública de contribuciones con solidaridad entre pobres y ricos, viejos y jóvenes, trabajadores y no trabajadores, y a través del ciclo de la vida, reduciendo la informalidad y ampliando la base impositiva.

6. *Plan maestro para el desarrollo de la infraestructura y la inversión:* La reforma incluye un plan maestro para el desarrollo de la infraestructura y la inversión.
7. *Padrón auditable de familias beneficiarias:* La reforma incluye asimismo un padrón auditable de familias beneficiarias con información sobre su capacidad para contribuir al sistema de salud.
8. *Uso de evidencias:* El diseño y la implantación de la reforma se basa en evidencias; un ejemplo de ello es el extenso proyecto piloto del Seguro Popular de Salud que se llevó a cabo antes del cambio legislativo.
9. *Monitoreo y evaluación rigurosos:* La reforma cuenta también con un riguroso régimen de monitoreo y evaluación de su desempeño financiero, gerencial y sustantivo.
10. *Participación efectiva de los sectores no lucrativo y privado:* La reforma contempla la participación del sector privado en la producción de medicamentos, la distribución de insumos y la inversión en infraestructura, así como la participación de organizaciones no lucrativas en la prestación de servicios.
11. *Mecanismos de compensación entre estados y proveedores:* Al establecer mecanismos de compensación entre estados y proveedores, la reforma amplía la portabilidad del seguro y hace más eficiente la prestación de los servicios.
12. *Amplio consenso político:* Como parte de su diseño, y desde su inicio, la reforma ha puesto énfasis en la generación y el mantenimiento de un amplio consenso entre actores políticos, prestadores y usuarios de los servicios, y utiliza el empoderamiento del consumidor como una herramienta para garantizar una continua puesta al día de los servicios de salud.

Estas doce innovaciones de la reforma se analizan con mayor detalle en las dos siguientes secciones de este documento.

Figura 9
Correspondencia entre tipos
de bienes de la salud y fondos

Bienes de salud	Fondos	Reglas de asignación	
Bienes públicos de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Rectoría federal • Información, investigación y formación de recursos humanos 	Presupuesto de la Secretaría de Salud Federal	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación a los estados mediante una fórmula que distribuye el crecimiento del fondo por capitación ajustada por un factor de riesgo sanitario y un índice de eficiencia
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud a la comunidad 	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad	
Servicios de salud a la persona	Seguro Popular de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios esenciales de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamiento tripartito • Paquete de intervenciones esenciales de primer y segundo nivel • Gran parte de la asignación a los estados está basada en una fórmula que considera afiliación, rezago en salud y desempeño
		<ul style="list-style-type: none"> • Servicios para cubrir eventos catastróficos 	

Innovaciones financieras

Organización del financiamiento de acuerdo con la clasificación de los bienes para la salud

La lógica de la reforma separa el financiamiento en servicios de salud a la persona y bienes públicos relacionados con la salud (Figura 9). Los servicios de salud a la persona incluyen prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Los bienes públicos de salud incluyen rectoría; generación de información y evidencias; investigación y recursos humanos, y servicios de salud a la comunidad. Esta separación del financiamiento responde a los bien documentados problemas de protección de los programas de salud pública en las reformas basadas en subsidios a la demanda (Restrepo, 2003).

La asignación de fondos federales en el nuevo sistema de salud se divide en cuatro componentes principales: rectoría e investigación y desarrollo de nivel central; servicios de salud a la comunidad; servicios de salud a la persona no catastróficos, y servicios de salud a la persona catastróficos y de alto costo.

El Fondo de Servicios de Salud a la Comunidad se utiliza exclusivamente para financiar los bienes públicos que se proveen a nivel central y estatal. La razón de esta separación procede de la teoría de los bienes públicos, que habla del financiamiento inseparable entre consumidores de estos bienes, la ausencia de una demanda espontánea y las externalidades positivas asociadas a beneficios colectivos. Parte de este fondo se reasigna a cada uno de los estados usando una fórmula que se basa en el tamaño de la población, necesidades y riesgos de salud pública, y eficiencia de los programas de salud pública.

En contraste, el financiamiento para los servicios de salud a la persona se basa en una lógica de aseguramiento cuyo principal objetivo es lidiar con la incertidumbre. Por lo tanto, el instrumento previsto por la reforma para financiar estos servicios es un nuevo esquema de aseguramiento público denominado Seguro Popular de Salud (SPS). Para fines de financiamiento, los servicios de salud a la persona se dividen en un paquete de servicios esenciales que habrá de ofrecerse en unidades de atención ambulatoria y hospitales generales, por un lado, y un paquete de servicios de alto costo que habrá de ofrecerse en unidades y hospitales de especialidad y que se financiarán a través de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, por el otro.

El paquete esencial de intervenciones es una herramienta de aseguramiento de la calidad diseñada para garantizar que se ofrezcan todos los servicios necesarios. Estos servicios se han descentralizado al nivel estatal porque se trata de eventos de bajo riesgo y alta probabilidad. En cambio, el paquete de servicios para eventos catastróficos requiere de un fondo que agregue el riesgo a nivel nacional. Del lado de la demanda, la baja probabilidad y el alto costo de estas intervenciones implican que el *pool* de riesgo estatal resulta demasiado pequeño para financiarlas en el nivel local. Por el lado de la oferta, los requerimientos para intervenciones altamente especializadas de tercer nivel y la baja probabilidad de los eventos hacen eficiente la agregación de estos servicios.

Desde el inicio, la ley establece que el paquete esencial debe incluir la atención ambulatoria en primer nivel y consulta externa, así como hospitalización para las especialidades básicas en el segundo nivel. Actualmente el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (Secretaría de Salud, 2004) incluye 105 intervenciones. La Ley estipula que el paquete se ampliará progresivamente (aunque excluye los servicios cosméticos, los medicamentos y servicios experimentales, y los servicios que no tengan una efectividad demostrada).

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos cubre un paquete de servicios definidos por medio de un análisis de costo-efectividad que será puesto al día cada año con base en los cambios del perfil epidemiológico, el desarrollo tecnológico y la disponibilidad de recursos. Se trata de un mecanismo de definición de prioridades con criterios explícitos y transparentes. El Consejo de Salubridad General tiene a su cargo la definición de los servicios cubiertos por este fondo.* Este fondo debe cubrir las siguientes categorías hasta 2004: cáncer, problemas cardiovasculares, enfermedades cerebro-vasculares, accidentes graves, rehabilitación de largo plazo, VIH-SIDA, cuidado intensivo neo-natal, trasplante de órganos y diálisis. La selección de las intervenciones específicas dentro de estas categorías se basará en el peso de la enfermedad, la relación costo-efectividad de las intervenciones, la aceptabilidad social y la disponibilidad de recursos.

Directamente vinculado a la provisión del catálogo de servicios esenciales y para eventos catastróficos se encuentra el Plan Maestro de Infraestructura, diseñado para brindar un marco de largo plazo para la expansión de la disponibilidad y capacidad de las instalaciones de atención a la salud, las cuales deben ser acreditadas por la Secretaría de Salud para garantizar la calidad, la capacidad de respuesta y la seguridad de los servicios. Este plan enfrenta el quinto desequilibrio financiero relacionado con la subinversión en infraestructura.

* El Consejo fue establecido en la Constitución de 1910 y es el más alto cuerpo de diseño de políticas. Está presidido por el Secretario de Salud e incluye a los directores de todas las instituciones de salud del país, a los expertos más importantes en el campo de la salud y a organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales y al sector privado.

Estructuración de las contribuciones financieras para alcanzar el aseguramiento universal en salud

El SPS ofrece cobertura a quienes no están cubiertos por ningún otro esquema de aseguramiento. Su financiamiento se basa en una lógica tripartita de responsabilidades financieras y derechos similares entre las tres instituciones de protección más importantes (Figura 10). La estructura financiera ofrece solidaridad y corresponsabilidad entre los niveles de gobierno y las familias.

Existen tres componentes de financiamiento. La cuota social del gobierno federal se basa en la ciudadanía y es igual para todas las familias. Garantiza la solidaridad entre cada uno de los tres grupos en la medida en que los fondos federales provienen de los impuestos generales. En enero de 2004 la cuota social federal se fijó en 15% del salario mínimo obligatorio. Esto equivale a 225 dólares por año por familia afiliada y la cifra se ajustará de manera regular de acuerdo con la inflación.

La segunda fuente de financiamiento es el contribuyente co-responsable y garantiza la solidaridad dentro de cada grupo poblacional y la redistribución entre estados. En el IMSS se trata del empleador privado y en el caso del ISSSTE de una institución pública en su papel de empleador. En el caso del SPS, dado que no existe empleador, la co-responsabilidad se establece entre los gobiernos fe-

Figura 10

Estructura de las contribuciones financieras para garantizar una protección social universal

Esquema de seguros públicos	Beneficiario	Contribuciones	
		Aportador co-responsable	Gobierno Federal
IMSS (trabajadores asalariados del sector privado)	Obrero	Empleador privado	Cuota Social
ISSSTE (trabajadores asalariados del sector público)	Empleado	Empleador público	Cuota Social
Seguro Popular de Salud (trabajadores no asalariados, y familias que se encuentran fuera del mercado laboral)	Familia	Aportación solidaria Gobierno estatal : Gobierno federal	Cuota Social

Fuente: Secretaría de Salud, 2003b

deral y estatal en un esquema solidario que reconoce las enormes diferencias en el nivel de desarrollo de los diferentes estados. La contribución solidaria federal es en promedio 1.5 veces la cuota social, pero aumenta en los estados más pobres a costa de los más ricos. La cuota solidaria de los estados es la misma en todos los estados, se fijó en la mitad de la cuota social federal y su fuente de financiamiento son los recursos estatales.

La tercera contribución proviene de los beneficiarios, es progresiva y redistribuye el ingreso familiar. En el caso del IMSS y el ISSSTE, la contribución del empleado se deduce de la nómina. La contribución familiar al SPS está diseñada para promover la equidad en el financiamiento y la progresividad, así como para garantizar que ninguna familia se vea empobrecida o sufra gastos catastróficos por motivos de salud. Las familias de los dos deciles de ingresos más bajos no contribuyen en términos monetarios, pero se les pide que se adhieran a reglas de participación asociadas con prácticas de buena salud. En el caso de los otros deciles de ingreso, la contribución de las familias es una proporción fija del ingreso disponible (definido como el gasto total menos el gasto en necesidades básicas) y su límite superior es de 5%. El fijar la contribución en una proporción fija del ingreso disponible garantiza que sea altamente progresiva en términos del ingreso total de la familia y actúa como un mecanismo de generación de mayor solidaridad entre y dentro de los estados.

Como resultado de la amplia variación existente en el nivel más alto de la distribución del ingreso, se determina una contribución nominal para cada uno de los deciles de ingresos del tercero al noveno y se establecen dos niveles de contribución para el décimo decil. La contribución nominal se fija en el promedio del ingreso disponible de cada grupo de ingresos.

La ley prevé un periodo de transición entre 2004 y 2010. El proceso de afiliación es gradual a lo largo de un periodo de siete años, de tal modo que cada año se incluirá a 14.3% de la población. Se dará preferencia a las familias en los deciles de ingresos más bajos.

Asignación del financiamiento a los servicios personales de salud para promover la eficiencia y la solidaridad

La asignación del financiamiento del SPS se divide en los niveles federal y estatal. El Fondo para la Protección contra Gastos Catastróficos es igual al 8% de la cuota social federal más las contribuciones solidarias federal y estatal. También hay un fondo equivalente al 2% de la suma de la cuota social, las contribuciones solidarias federal y estatal dedicadas a la promoción de infraestructura en las comunidades pobres y otro fondo de reserva igual al 1% para cubrir las fluctuaciones en la demanda y los pagos temporalmente retrasados entre los estados.* Cualquier remanente en cualquiera de estos fondos será canalizado hacia el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Estos fondos son administrados a nivel federal a fin de asegurar una adecuada agregación de riesgos.

Lo que resta de la cuota social y de las contribuciones solidarias federal y estatal se asigna a los estados para financiar el paquete esencial de servicios incluido en el SPS. Las contribuciones solidarias del estado y familiar se recaban a nivel estatal. La totalidad de la contribución solidaria de los estados permanece dentro del estado en el que se recaba, al igual que la mayor parte de la contribución de las familias.

El total de ingresos del SPS dependerá del número de familias afiliadas. La contribución solidaria federal se asigna usando una fórmula que considera lo siguiente: un componente fijo por familia; un componente ajustado según las necesidades de salud; un componente cuyo objetivo es promover contribuciones estatales adicionales, y una porción basada en el desempeño del sistema de salud.

La fórmula está diseñada para evitar los desequilibrios e inequidades históricos, para responder a las necesidades diferentes de los grupos poblacionales, para ofrecer incentivos al desempeño y a la afiliación, y para promover la solidaridad, la universalidad y la justicia financiera. En los primeros años, la fórmula está muy cargada hacia la afiliación a fin de adaptarse a la fase de transición de la refor-

* Este último cubre los pagos cuando los contratos entre los estados no hayan sido cubiertos. La cantidad debida por cualquiera de los estados será tomada de su presupuesto y se incorporará de vuelta al fondo para garantizar la disponibilidad de recursos del mismo.

ma; hasta un 20% se basa en el rezago epidemiológico, y menos del 5% se basa en el desempeño. El peso específico y los indicadores usados en la fórmula serán puestos al día sobre una base anual y eventualmente se incorporará el ajuste por riesgo.

El modelo de financiamiento implica un cambio radical en los incentivos para los gobiernos estatales y los prestadores. El financiamiento para los estados estará determinado en gran medida por el número de familias afiliadas al SPS y por lo tanto será orientado por la demanda. En el pasado, los presupuestos federales de salud para los estados estaban determinados en gran parte por la inercia histórica y por el tamaño de la nómina del sector salud. Más aún, los fondos asignados provenientes del presupuesto estatal para la salud eran básicamente discrecionales. Los incentivos electorales tendían a influir sobre la inversión estatal en términos de tiempos y se dirigían hacia infraestructura visible. Como resultado de la reforma, en el nuevo sistema de salud, la asignación de recursos para salud por el gobierno del estado estará orientada por la demanda y basada más que nada en la capitación. Esto favorece la flexibilidad en el uso de los recursos para cubrir el gasto de operación.

La afiliación al SPS es voluntaria, aunque los estados tienen el incentivo de afiliar a toda la población en la medida en que su presupuesto está basado en una cuota anual por familia. Las familias que decidan no afiliarse para el año 2010 seguirán recibiendo atención a la salud a través de prestadores públicos, pero tendrán que seguir pagando cuotas por los servicios recibidos en el punto de entrega.

La naturaleza voluntaria del proceso de afiliación es una característica esencial de la reforma que ayuda a democratizar el presupuesto en tanto existe un elemento de elección a nivel de las familias. En vez de promover la selección adversa, ofrece incentivos para la calidad, la eficiencia y la cobertura universal. En la medida en que el presupuesto se define en función de la afiliación, los prestadores y los estados tienen incentivos para la eficiencia, la provisión de servicios y la calidad, que no están presentes cuando los presupuestos se establecen sobre la base de factores ligados a la oferta. Al mismo tiempo, tienen un incentivo para fortalecer el sistema de atención a la salud y para proveer servicios de la mejor calidad posible de acuerdo con el financiamiento disponible, a fin de convencer a las familias para que sigan afiliadas al sistema y, de ese modo, evitar la pérdida de presupuesto.

Innovaciones para promover la portabilidad y la autonomía personal

Información, evidencias y rendición de cuentas

Las evidencias y la información constituyeron importantes insumos para el desarrollo de la reforma. Seguirán jugando un papel importante en las etapas futuras para la innovación, el monitoreo, la defensa de la reforma y la calidad.

El uso de evidencias en el desarrollo de la reforma queda ejemplificado por la etapa piloto del SPS lanzada en 2001. A fines de 2003, 625,000 familias se habían afiliado en 22 estados. La duración de esta etapa y el tamaño de la población piloto hicieron posible desarrollar, junto con los usuarios y los proveedores, muchas de las innovaciones que fueron introducidas en la reforma. Una serie de encuestas y de estudios acompañó a la fase piloto del proyecto y las evidencias recogidas constituyeron un elemento esencial en el diseño de la reforma y en el desarrollo de un consenso entre los legisladores. El análisis de esta información muestra que la protección financiera en salud es una preocupación relevante de los no asegurados y una importante causa de empobrecimiento para las familias. De hecho, la mayoría de la población no asegurada, incluyendo tanto a los ricos como a los pobres, estaría dispuesta a contribuir financieramente a un fondo de seguro público para la salud (Instituto Nacional de Salud Pública, 2002).

Dado que la reforma coloca al ciudadano en el centro del proceso de democratización, el mantenimiento del apoyo a nivel de las familias es clave para su éxito y sustentabilidad. La información y la evidencia son especialmente importantes como parte del proceso de informar a los pacientes y de ofrecer mejores datos a los consumidores.

La ley llama a la creación de un padrón de beneficiarios operado por la Secretaría de Salud. Este padrón será usado para las fórmulas de establecimiento de presupuestos, para identificar el nivel de contribución de cada familia y para asegurar la transparencia en la asignación de los recursos. También constituye un valioso apoyo en el proceso de largo plazo para formalizar la economía.

La reforma también está ampliando la naturaleza y visión del monitoreo y la evaluación. Este esfuerzo continuo incorpora a un equi-

po multi-disciplinario nacional e internacional. Los informes anuales incluyen indicadores de desempeño estatal utilizando metas de mejoramiento de la equidad, la calidad, la protección financiera y la eficiencia del sistema. Los indicadores usan las técnicas más avanzadas disponibles a nivel internacional además de datos de encuestas a profundidad diseñadas específicamente para el sistema mexicano de salud. Este proceso dio inicio en 2001 con la publicación del primer informe anual (Secretaría de Salud, 2002 y 2003). Los valores estatales de los indicadores ofrecerán un punto de referencia para la población sobre qué tan bien se está desempeñando su sistema y ejercerán una presión sobre las instituciones para mejorar.

Todas las acciones sustantivas e instrumentales propuestas en el PNS 2001-2006, así como todos los programas en curso, se están alineando con el Sistema de Protección Social en Salud. Estos programas mejoran la cobertura, la equidad y la calidad y son insumos claves para el éxito de la reforma en su conjunto. Un ejemplo es la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, lanzada en 2001 para mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud, que incluye una carta de derechos de los usuarios de los servicios de salud y un sistema de quejas y sugerencias. En el pasado, las agencias del sector público de la salud operaron básicamente como monopolios con escaso margen de elección para los consumidores, poca respuesta a sus necesidades o preocupación por la calidad. De hecho ni las instalaciones públicas ni las privadas estaban sujetas a ningún tipo de acreditación. La Cruzada fortalecerá el lado de la oferta del sistema de salud mientras que simultáneamente mejorará la capacidad de los consumidores para exigir cuentas. También se dará un proceso progresivo de acreditación a fin de que sólo los proveedores certificados puedan participar completamente dentro del SPS.

Para hacer frente a los problemas emergentes que afectarán a toda la población a medida que avanza la transición epidemiológica, el PNS 2001-2006 promueve una cultura de detección y prevención. Estos programas incluyen: un conjunto de cartillas nacionales de salud para cada grupo de edad y sexo que permitirán el seguimiento de las acciones de prevención y de detección temprana, tanto de las enfermedades infecciosas y los riesgos reproductivos como de los problemas emergentes (obesidad, diabetes, hipertensión, etc.); la adopción de medidas para desestimular el uso del alcohol, el tabaco y otras

sustancias adictivas a través de programas como la reciente prohibición de publicidad de tabaco en los medios electrónicos; programas para prevenir y cuidar de personas con problemas de salud mental, y el mejoramiento de los programas para la atención integral de las discapacidades. Estos programas operarán cada vez más a través del Sistema de Protección Social en Salud ofreciendo incentivos para la prevención de las enfermedades, guiando el paquete de servicios esenciales del SPS y ofreciendo servicios adicionales para las familias aseguradas. De este modo, los programas verticales se volverán parte de un esquema horizontal integrado, pero con presupuestos protegidos y sistemas de provisión y monitoreo fortalecidos, que también fortalecen al sistema en su conjunto, en vez de limitar su campo de operación ante una reforma acelerada.

Dados los ciclos electorales de cualquier gobierno, y frente al cambio del gobierno federal en el 2006, la sustentabilidad de la reforma depende en gran medida del nivel de aceptación del SPS entre la población, los proveedores y los legisladores. La reforma mexicana de salud está operando con un amplio consenso político, de proveedores y de consumidores, que resulta esencial para la sustentabilidad del proyecto. El proyecto original recibió apoyo de todos los partidos políticos y la mayoría de los legisladores votó a favor de la reforma; en el Senado obtuvo 92% de votos y en la cámara baja del Congreso el 73%.

El sistema mexicano de salud cuenta con una amplia variedad de proveedores: IMSS, ISSSTE, estados, otras agencias gubernamentales y el sector privado. Todos estos actores participaron en el diseño de la reforma y participan ahora en la fase de implantación, que comprende continuas innovaciones al diseño original. Esto se logra a través de cuerpos colegiados tales como el Consejo Nacional de Salud, donde se reúnen todos los secretarios estatales y el secretario federal.

La información y las evidencias han sido y seguirán siendo insumos claves en todo el proceso de reforma, pero también son herramientas esenciales para su defensa y para informar a los consumidores. Puesto que la reforma pone al ciudadano en el centro del proceso de democratización, el mantenimiento del apoyo de las familias es clave para su éxito.



Retos de la Implantación

La implantación de la reforma plantea diversos retos. En primer lugar exige recursos públicos adicionales para reemplazar al gasto de bolsillo y atender las demandas insatisfechas de la población. Aunque algunos recursos financieros se liberarán como resultado del incremento de la eficiencia, producto a su vez de los incentivos construidos dentro de la reforma, la cantidad absoluta y la proporción del PIB que se gasta en salud proveniente de los fondos públicos debe aumentar para responder de manera efectiva a las demandas y alcanzar una cobertura de aseguramiento universal.

El financiamiento de los servicios de salud pública y comunitarios requiere de una reingeniería sustancial. En términos de la fuente de financiamiento, es necesario alcanzar un equilibrio entre la inversión en servicios preventivos y servicios personales curativos. Esto requiere de nuevos métodos, que ya están en proceso de desarrollo, para organizar la asignación de los recursos para bienes públicos a todo lo largo del sistema, incluyendo la población cubierta por la seguridad social, ya que muchos de estos bienes se comparten tanto en su producción como en su consumo.

Otros retos están relacionados con la necesaria transformación del sistema en un sistema con mayor capacidad de respuesta y orientado al usuario. Esto es particularmente importante en vista de las expectativas que se generaron entre los usuarios y la comunidad médica como resultado de las oportunidades que ofrece el nuevo sistema de salud. La población debe empezar a tener confianza en los servicios públicos para convencerse de la utilidad del prepago y la re-afiliación, ya que el aseguramiento contra riesgos no es una prioridad de muchas familias y diversos fracasos previos del sistema de salud han hecho a la población escéptica de su capacidad para satisfacer sus necesidades. Las expectativas son particularmente altas, y la probabilidad de afilia-

ción y reafiliación especialmente sensible a los siguientes rubros: calidad de la atención; suficiencia de medicamentos; elección del prestador; acceso a la atención por las tardes, noches y fines de semanas; proximidad geográfica de los prestadores de servicios, y tiempos de espera. Un importante ingrediente del éxito en estos frentes es la portabilidad del seguro, que dependerá del establecimiento de mecanismos de compensación entre estados, y de la mejoría de la disponibilidad y calidad de los servicios, particularmente en las áreas rurales remotas. También se requiere de un monitoreo cuidadoso y continuo de la satisfacción de los pacientes, y de las tasas de afiliación y re-afiliación para así garantizar que el sistema esté a tono con las expectativas de los usuarios y pueda reaccionar frente a los problemas que surjan. Al mismo tiempo, se deben desarrollar mecanismos de monitoreo y control de costos para garantizar una oferta eficiente de servicios de calidad.

Otro reto tiene que ver con el desarrollo de un ambiente más competitivo en el lado de la oferta y el combate a los intereses creados por la monopolización de la prestación de servicios, que serán puestos en riesgo con la ampliación de la capacidad de elección. El desplazar el focus de los incentivos hacia la demanda, al tiempo que se fortalece la oferta, constituye un delicado equilibrio que debe alcanzarse en la etapa de transición. Para enfrentar con éxito estos retos en un contexto de cambios organizacionales y sistémicos acelerados, es necesario contar con una reingeniería sustancial del lado de la demanda así como con estrategias de gerencia del cambio. El plan general para el fortalecimiento de la oferta incluye: el incremento de la capacidad de respuesta de las organizaciones de salud mediante la generación de recursos humanos, sobre todo en el nivel gerencial; la ampliación y fortalecimiento de los sistemas de monitoreo; la implantación de mecanismos de evaluación, especialmente del desempeño, y el mejoramiento de la infraestructura física y la disponibilidad de equipos modernos y de insumos para la atención de la salud en todo el sistema.

Las evidencias y la información constituyen dos de las principales herramientas para enfrentar con éxito los retos de la implantación. El uso de evidencias en la reforma mexicana demuestra que los buenos análisis y las buenas políticas se refuerzan unos a otros. Los análisis rigurosos han formado parte de la reforma desde su diseño, y el monitoreo y evaluación de los componentes gerenciales, financieros y sustantivos de la reforma han acompañado a todo el proceso de implantación.

Conclusiones

La creación del Sistema de Protección Social en Salud busca responder, en 2003, a los problemas de la protección financiera y la segmentación generados por el diseño original del sistema mexicano de salud. También responde a la evidencia nacional e internacional que indica que la protección financiera es uno de los problemas centrales de los sistemas de salud de la mayoría de los países del mundo.

La experiencia de reforma de México ofrece importantes lecciones para otros países tanto desarrollados como en vías de desarrollo. El contexto político y económico de la reforma la convierte en una experiencia particularmente interesante. México atravesó recientemente por una importante transición política hacia una era de democracia que obliga a la reforma a funcionar dentro de las nuevas reglas para la construcción de consensos. Aún más, México se encuentra en una fase avanzada de la transición epidemiológica y por ello enfrenta el reto de atender tanto los padecimientos crónicos y los problemas de salud asociados con el envejecimiento como los rezagos en salud propios del subdesarrollo. Esto significa que el sistema de salud y las reformas deben responder de manera simultánea a perfiles de salud tanto de los países desarrollados como de los países en desarrollo, y cuenta con lecciones para ambos. Finalmente, la reforma fue diseñada y se está implantando en un contexto de recursos restringidos que obliga al desarrollo de incentivos, mecanismos de estímulo a la eficiencia y procesos de rendición de cuentas, y a conservar el apoyo ciudadano y garantizar la satisfacción de los consumidores.

Además del objetivo intrínseco de producir salud, la reforma pretende consolidar el papel de la salud en el proceso de transición económica por el que atraviesa México. Estas lecciones son importantes para aquellas naciones que buscan fortalecer sus economías en un mundo cada vez más globalizado y en un mercado internacional cada

vez más competitivo. El sistema de salud concentra una proporción importante del PIB en la mayoría de los países y es un insumo importante de la competitividad de una economía y de su fuerza de trabajo (Knaul, Arreola, Borja, et al, 2004).

El caso mexicano es relevante para otros países porque ilustra la importancia de construir los tres pilares de cualquier esfuerzo de reforma: los pilares ético, técnico y político (Reich, 1994). En relación al primero de estos pilares, la reforma mexicana se formuló sobre la base de una deliberación ética que hizo explícitos los valores y principios que subyacen a esta propuesta. El pilar técnico se construyó sobre la base de evidencias generadas por estudios nacionales y la adaptación de bienes públicos de conocimiento globales (Kaul et al, 2003), como diversos marcos conceptuales (p.ej. el marco de la OMS sobre el desempeño de los sistemas de salud) y herramientas analíticas (p.ej. cuentas nacionales de salud). De esta manera, el caso mexicano va más allá de los falsos dilemas entre conocimiento y acción, al mostrar cómo es que los análisis formales sirven para corregir concepciones equivocadas y ubicar problemas hasta entonces ignorados en el centro del debate público. También demuestra la falsedad de otro dilema común entre las realidades globales y locales, ya que adaptó diversos bienes públicos globales al proceso de toma de decisión nacional que a su vez puede ampliar la base de conocimientos sobre las reformas de los sistemas de salud. El proceso de desarrollo de la reforma se benefició y busca contribuir a las bases de evidencia sobre las reformas del sector salud, el financiamiento de los sistemas de salud, el análisis de la equidad en el financiamiento de la salud y la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Finalmente, el pilar político se desarrolló a través de una estrategia que incluyó el uso de los elementos técnicos y éticos de la reforma para influir en la construcción de un consenso que eventualmente dio lugar a un apoyo legislativo mayoritario a favor de la reforma.

Promover el conocimiento como un bien público global implica promover su uso para la formulación de políticas nacionales y utilizar los análisis nacionales en la generación de evidencias internacionales. La reforma mexicana contribuye a este círculo virtuoso. Constituye un ejemplo de la sinergia que existe entre la generación de información en los niveles nacional e internacional. Las evidencias internacionales fueron utilizadas para la promoción y el diseño en las fases

iniciales de la reforma y seguirán siendo utilizadas como insumos centrales en la fase de implantación. La evidencia nacional podrá a su vez estimular un proceso de aprendizaje compartido entre países que enfrentan el reto común de mejorar la salud de su población a través de la equidad, la calidad y la protección financiera.



Bibliografía

- ARREOLA H, Knaul F, Méndez O, et al. Pobreza y salud: una relación dual. En: Muñoz O, Durán L, Garduño J, Soto H, editores. Economía de la salud. México, D.F.: IMSS, 2003.
- CONSEJO Nacional de Población. Envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas. México, D.F.: CONAPO, 2002.
- DOCTEUR E, Oxley H. Health care systems: Lessons from the reform experience. Paris: OECD, Health Working Paper Number 9, 2003.
- FRENK J. Dimensions of health system reform. *Health Policy* 1994;27:19-34.
- FRENK J, Bobadilla JL, Sepúlveda J, et al. Health transition in middle-income countries: New challenges for health care. *Health Policy and Planning*, 1989;(4):29-39.
- FRENK J, Lozano R, Gonzalez-Block MA, et al. Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final. México, D.F.: FUNSALUD, 1994.
- FRENK J, Gómez-Dantés O, Knaul F, et al. Mexico: Case study of health system performance assessment. En: Murray CJL, Frenk J, editores. Health system performance: Concepts, measurement and determinants. Geneva, WHO, 2001: capítulo 25.
- FRENK J, Sepúlveda J, Gómez-Dantés O, et al. Evidence-based health policy: Three generations of reform in México. *Lancet*. 2003;362(9396):1667-1671.
- FUNDACIÓN Mexicana para la Salud. Visión 2003. México, D.F.: FUNSALUD, 2003.
- INSTITUTO Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico. México, D.F.: IMSS, 1995.
- INSTITUTO Mexicano del Seguro Social. Ley del Seguro Social. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación, 21 de diciembre de 1995.
- INSTITUTO Nacional de Salud Pública. Evaluación del Seguro Popular: Informe. México, D.F.: INSP, 2002. Mimeo.
- KAUL I, Conceicao P, Le-Goulven K, Mendoza RV. Providing global public goods: Managing globalization. United Kingdom: Oxford University Press, 2003.
- KNAUL F, Méndez O, Murray CJL, et al. Mexico: Impact of policy options on fairness in financial contribution. En: Murray CJL, Frenk J, editores. Health system performance: Concepts, measurement and determinants. Geneva, WHO, 2001: capítulo 26.

- KNAUL F, Arreola H, Borja C, et al. El Sistema de Protección Social en México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares. En: Knaul F, Nigenda G, editores. Caleidoscopio de la Salud. México, D.F.: FUNSALUD, 2003: 275-291.
- KNAUL F, Arreola H, Borja C, et al. Competitividad y salud: la propuesta. México, D.F.: FUNSALUD, 2004.
- LONDOÑO JL, Frenk J. Structured pluralism: Toward an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*; 1997;41:1-35.
- MURRAY CJL, Evans D. Health system performance assessment: Methods, debates and empiricism. Geneva: WHO, 2003.
- MURRAY CJL, Frenk J. World Health Report 2000: A step towards evidence-based health policy. *Lancet* 2001;357(9269):1698-1700.
- MURRAY CJL, Frenk J. A WHO framework for health system performance assessment. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78(6):717-731.
- MURRAY CJL, Knaul F, Xu K, et al. Defining and measuring fairness of financial contribution. Global Programme on Evidence. Geneva: WHO, 2000.
- O'DONNELL G, Schmitter P. Transiciones desde un gobierno autoritario. Buenos Aires: Paidós, 1991:22-23.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. México, D.F.: Presidencia de la República, 2001.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL. Tercer Informe de Gobierno del C. Presidente de los Estados Unidos Mexicanos Lic. Vicente Fox Quezada. México, D.F.: Presidencia de la República, 2003.
- REICH MR. The political economy of health transitions in the Third World. En: Chen L et al, editores. Health and social change in international perspective. Boston: Harvard School of Public Health, 1994.
- RESTREPO JH. Instituciones y mercados de salud: lecciones de la reforma colombiana. Antioquia: Universidad de Antioquia, Colombia. Mimeo.
- SCOTT J. La otra cara de la reforma fiscal: la equidad del gasto público. México, D.F.: CIDE. 2001.
- SECRETARÍA de Desarrollo Social. Decreto por el que se crea la Coordinación Nacional del Programa de Educación, Salud y Alimentación. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación, 8 de agosto de 1997.

- SECRETARÍA de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2001a.
- SECRETARÍA de Salud. Hogares con gastos catastróficos por motivos de salud. México 2000. Síntesis Ejecutiva. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2001b.
- SECRETARÍA de Salud. Salud: México 2001. Información para la rendición de cuentas. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2002.
- SECRETARÍA de Salud. Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas. México D.F.: Secretaría de Salud, 2003a.
- SECRETARÍA de Salud. Sistema de Protección en Salud. Hacia un sistema universal de salud. Firma del Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación, 15 de mayo, 2003b.
- SECRETARÍA de Salud. Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2003c. Mimeo.
- SECRETARÍA de Salud. Sistema de Protección Social en Salud: Catálogo de Servicios Esenciales. México, D.F.: SSA, 2004.
- TORRESAC. Análisis del gasto de bolsillo en salud en México. Tesis de licenciatura. México, D.F.: ITAM, 2001.
- WAGSTAFF A, Van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: With applications to Vietnam 1993-98. Washington, D.C.: World Bank, 2002.
- WAGSTAFF A, Van Doorslaer E. Equity in the finance of health care: Some further international comparisons. *Journal of Health Economics* 1999;18(3):263-290.
- WORLD Health Organization. World Health Report 2000. Health systems: Improving performance. Geneva: WHO, 2000.
- XU K, Evans D, et al. Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis. *Lancet* 2003;362(9378):1111-1117.
- XU K, Lydon P, Ortiz de Iturbide JP, et al. Analysis of the fairness of financial contribution in 21 countries. Global Programme on Evidence. Working Paper 25. Geneva: WHO, 2000.

C O L O F O N