

Financiamiento y organización de los servicios de salud: una visión para el Sistema de Salud en México.

Dr. Luis Durán Arenas

Introducción.

Desde 1982 se inicio en el mundo una gran cruzada por reformar todos los sectores de la sociedad con base en la organización de mercados y el establecimiento de estrategias y mecanismos para lograr que los mercados fueran la única forma de organizar a la sociedad. Esta obsesión acompaño a un personaje en particular, Alain Einthoven quién después de terminar su colaboración con el proyecto Polaris, dedico sus esfuerzos a diseñar un sistema de vouchers para que la educación en los Estados Unidos se basará en mercados en lugar del arreglo en ese momento (1960), con una fuerte y decidida participación del estado, en particular de los gobiernos locales. A pesar de sus esfuerzos este sistema no funcionó en Estados Unidos de América (aunque algunos políticos mexicanos en particular del partido Verde lo han encontrado y lo han propuesto en México). Después de este fracaso, Einthoven decidió orientarse a la salud.

En el campo de la salud Einthoven inicio sus trabajos al final de los años setenta buscando como los mercados imperfectos de la salud, ampliamente reconocido en su país, podrían ser perfeccionados. Como uno se podía imaginar empezó pensando en sus conocidos vouchers y como ellos permitirían que el financiamiento siguiera al paciente y por lo tanto eso libraría al mercado de una de sus principales limitaciones, la asimetría entre el paciente y el proveedor de servicios de salud. Una vez más, como ha sido la tradición en los EUA, el problema de los servicios de salud se centraba en el financiamiento para crear las condiciones para el desarrollo de mercados.

Pero este arreglo rápidamente mostró sus limitaciones a Einthoven. La experiencia de las HMO's en los EUA le recordó que no era suficiente con garantizar el financiamiento, era necesario tener el mercado organizado para hacer uso efectivo del financiamiento. Esto le generó una gran contradicción, para que el mercado funcionase necesitaría organizarse (managed competition), una forma suave de hablar acerca de la necesidad de regulación de los mercados (Einthoven, 1988).

Las ideas de Einthoven recibieron la mejor de las bienvenidas por parte de los gobiernos de Thatcher y Reagan. Y recibió un impulso al volverse el asesor de los gobiernos de Inglaterra y Suecia para la reforma de los sistemas de salud en los ochentas a través de su propuesta de managed competition. A pesar de esto el modelo de Einthoven no fue del todo utilizado, y de hecho en los noventas se experimentó una importante contrareforma en estos países (Einthoven y Fuchs, 2006).

Ustedes se preguntarán ¿por qué esta larga desviación por los terrenos de Einthoven?. Porque, el que no conoce la historia de la reforma en los países desarrollados no puede apreciar en su total extensión lo que ha sucedido en los últimos veinte años en México y otros países como el nuestro. En estos años, los países pobres y de economías ingresos medios del mundo, han centrado la reforma de sus sistemas de salud en el financiamiento, como un requisito sine qua non, para la organización con base en mercados.

Sin embargo, si tempranamente Einthoven y sus seguidores reconocieron la necesidad de organizar a los mercados, ¿por qué no se completaron las reformas? Y aún más importante ¿cuáles han sido los resultados de estas reformas incompletas? (Einthoven y Fuchs, 2006).

En la literatura sobre los sistemas de salud en el mundo, es claro que cuando se evalúa el desempeño de estos, los que muestran los mejores resultados son aquellos que cuentan con un sistema organizado y con amplia participación del estado (gobierno), como el Sistema Nacional de Salud Ingles (NHS). Resulta paradójico, que aún en países con sistemas organizados con base en mercados como en EUA, los cambios organizacionales y en particular el uso de sistemas integrados de prestación de servicios de salud (Integrated Health Care Delivery Systems) sean propuestos como la solución a los problemas de efectividad y eficiencia que sufren en ese país (Arrow, 2009).

Más aún William Hsiao, uno de los investigadores que han apoyado la reforma de los países pobres y de ingresos medios en el mundo llegó a la siguiente conclusión: “Más dinero para el sistema de salud es una condición necesaria, pero no suficiente para una mejor salud” (Hsiao,2007).

En este contexto, este documento busca responder a una pregunta central para lograr la cobertura universal en nuestro país, ¿cuál es el sistema de salud que queremos los Mexicanos? Para dar una respuesta a esta cuestión revisaremos primero el financiamiento de la salud y su impacto en Estados Unidos de América (EUA) y diferentes países desarrollados; a continuación revisaremos los riesgos del financiamiento dentro del sistema de salud mexicano; y terminaremos analizando las implicaciones de la situación actual para el logro de la cobertura universal en el sistema de salud mexicano.

Reflexiones sobre el financiamiento de la salud y su impacto: la experiencia EUA y otros países desarrollados.

En esta sección analizaremos dos aspectos, por una parte las estrategias que durante el siglo XX fueron utilizadas en los Estados Unidos de América para contender con los problemas de financiamiento de la atención a la salud; y en segundo lugar la situación que guardan diferentes países en el mundo en una serie de indicadores a nivel de los sistemas de salud. La revisión de estos aspectos nos permitirá entender mejor las ofertas de reforma que han seguido países como México y valorar sus limitaciones en el momento actual.

En cuanto al primer punto, es importante tomar en cuenta que en EUA las estrategias para el desarrollo de su sistema de salud, siempre fueron vistas en el contexto de una organización con base en mercados. Por lo tanto, al menos con base en la implantación de estas estrategias podemos decir que no se consideraron alternativas de financiamiento con base en la oferta de servicios de salud por parte del estado.

La creación de Blue Cross y Blue Shield (1930s)

La primera ocasión en que se llevo a cabo un esfuerzo por garantizar la existencia de financiamiento para la atención a la salud en gran escala fue la creación de Blue Cross y Blue Shield, orientadas al pago de los servicios médicos y hospitalarios respectivamente. Estas dos aseguradoras en salud fueron creadas después de la

gran depresión. El concepto de Blue Cross fue creado en 1929 por un empresario innovador, Justin Ford Kimball. El ofreció un programa para 1,300 profesores de escuela en Dallas, Texas, para financiar hasta por 21 días de atención hospitalaria, a través de un prepago mensual al Hospital de la Universidad de Baylor. Casi simultáneamente el concepto de Blue Shield se desarrolló en los campos madereros y mineros del Pacífico Noroeste de los Estados Unidos. Los empleadores que deseaban proveer atención médica a sus trabajadores empezaron a hacer arreglos con médicos quienes recibían pagos mensuales por sus servicios (Blue Cross Blue Shield Association, 2009).

Cobertura

La afiliación en estos planes de las conocidas como las compañías Blue creció de 1,000 personas en 1929 hasta casi 3 millones en 1939. Para 2006, las compañías Blue cubrían más de 94 millones de Norteamericanos (Blue Cross Blue Shield Association, 2009).

Las compañías Blue Cross y Blue Shield fueron siempre amparadas por contratos relacionados con el trabajo por lo que su relación con los sindicatos siempre fue muy buena. En el momento actual estas compañías proveen servicios de salud a mas trabajadores y retirados que ninguna otra compañía en EUA.

Cuando el congreso aprobó el acta Federal Employees Health Benefits Act en 1959, Blue Cross y Blue Shield a lo largo del país se hicieron cargo de este programa para los trabajadores federales. Casi 50 por ciento de los trabajadores federales, y sus familias son cubiertos por las compañías Blue.

La existencia de Blue Cross y Blue Shield permitieron el crecimiento de la red hospitalaria privada en los EUA y de la profesión médica en general. Sin embargo creo un rezago muy importante en la atención a la salud de aquellos que no podían pagar estos seguros de salud. Por una parte, los jubilados y por otra parte los pobres valiosos. Como veremos en la siguiente sección estas razones fueron la base de la creación del sistema de seguridad social pública en los Estados Unidos de América.

La creación de Medicare y Medicaid (1965)

No pretendemos hacer una revisión exhaustiva de estas estrategias sino más bien presentar sus principales aspectos. Es importante notar que a pesar de que en Canadá y en Estados Unidos de América (EUA) se estaba discutiendo la definición de sistemas de salud al mismo tiempo en los años sesenta, en EUA se decidió lanzar dos programas dirigidos a poblaciones específicas, mientras que en Canadá se estableció un sistema de seguro nacional de salud con cobertura universal (Williams S y Torrens P, 1980).

Medicare

Medicare es un sistema de aseguramiento de la salud dirigido a la población de 65 años y más; a la población de menos de 65 años de edad con ciertas discapacidades; y a gente de todas las edades con enfermedad renal terminal (que requieren diálisis o transplante renal).

Originalmente Medicare tenía dos componentes (Medicare, 2009):

Parte A. Aseguramiento Hospitalario. En este componente la mayoría de la gente no paga una prima por esta parte A, ya que el titular o su esposa pagaron cuotas a través de impuestos al trabajo mientras estaban trabajando. Este componente ayuda a cubrir la atención de la hospitalización de los afiliados, incluyendo acceso a hospitales de urgencia y algún tipo de atención en el hogar. Los beneficiarios de este programa deben reunir ciertas condiciones para recibir estos beneficios.

Parte B. Aseguramiento Médico. La mayoría de la gente paga una prima mensual por la parte B. Este componente ayuda a cubrir los servicios que los médicos dan y los gastos ambulatorios de la atención. También cubre otros servicios médicos que la parte A no cubre, tales como los servicios de terapia física y ocupacional y algunos servicios de atención en el hogar. La parte B ayuda a pagar estos servicios y sus suministros cuando son justificados médicamente.

En el año 2006 una nueva adición se ofrece bajo Medicare, la cobertura de

medicamentos por receta. La mayoría de la gente paga una prima mensual por esta cobertura. Este componente es un seguro, la cobertura es ofrecida por compañías de seguros privadas. Los beneficiarios escogen el plan de medicamentos y pagan su prima mensual.

Es importante que Medicare siempre se ha mantenido cercano a las aseguradoras de salud. En 1966, cuando Medicare arrancó, Blue Cross y Blue Shield proveyeron la infraestructura que permitió que el programa fuera implementado y continúa a la fecha integrado en su estrategia de cobertura a través de organizaciones de medicina administrada (managed care).

Medicaid

Medicaid es el programa de salud en EUA para individuos elegibles y sus familias con bajos ingresos y recursos. Es un programa que evalúa los ingresos del individuo y sus familias para afiliarlos (means tested) y que es financiado en forma conjunta por los gobiernos estatales y federal. Entre los grupos de personas cubiertos por Medicaid se encuentran padres de familia elegibles por bajo ingreso, por ser adultos mayores y gentes con discapacidades. Ser pobre o aún muy pobre, no necesariamente califica a un individuo para que sea cubierto por Medicaid, es necesario ser un “pobre valioso”, de acuerdo a los criterios antes descritos. Es estimado que aproximadamente el 60 por ciento de los americanos pobres no están cubiertos. A pesar de esto, Medicaid es la fuente más grande de financiamiento de servicios médicos y relacionados con la salud para gente con ingresos limitados en EUA (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2009).

La participación de los estados es voluntaria. Sin embargo, desde 1982 todos los estados de la unión americana participan, el último fue Arizona que estableció su programa en dicho año. Medicaid es un programa administrado por los estados y cada estado pública sus lineamientos respecto a la elegibilidad y servicios que cubre. En sentido estricto hay 52 variantes de Medicaid en EUA.

A diferencia de Medicare, Medicaid esta disponible sólo a ciertos individuos de ingresos bajos y sus familias, que cumplen con los criterios de elegibilidad que fijan las leyes federales y estatales. Medicaid no reembolsa directamente a las

personas; en lugar de esto paga directamente a los prestadores de servicios de salud. Dependiendo de las reglas estatales, los individuos pueden ser requeridos de un co-pago para algunos servicios médicos.

Muchos grupos son cubiertos por Medicaid. Aún dentro de dichos grupos ciertos criterios deben de ser cumplidos. Estos incluyen la edad, si los individuos son discapacitados, viejos o ciegos y en el caso de madres solteras si están embarazadas; el ingreso, incluyendo recursos como propiedades, cuentas de banco y otros ítems que puedan ser vendidos. Finalmente si se trata de un ciudadano de los EUA o un inmigrante admitido legalmente en el país (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2006).

El Centro para Servicios de Medicare y Medicaid (Center for Medicare and Medicaid Services - CMS), conocido anteriormente como la Health Care Financing Administration (HCFA), es una agencia federal dentro del departamento de salud y servicios humanos que administra el programa de Medicare y trabaja en sociedad con los gobiernos estatales para administrar Medicaid.

En breve, Medicare y Medicaid lograron ampliar el acceso a la atención a un grupo importante de la población de EUA. Incrementó la utilización de servicios de salud en jubilados y pobres valiosos, en este momento se estima que el 50% del gasto en salud en los EUA se da a través de estos dos programas. En lo negativo, Medicare y Medicaid cooperaron para que la expansión del gasto en salud creciera sin precedentes rebasando el 15% del producto Interno Bruto de EUA.

Otro aspecto relevante es la similitud de Medicaid con el programa del Seguro Popular en México. En ambos casos es un programa que se lleva a cabo por los estados con financiamiento federal y estatal. Está dirigidos a grupos específicos de la población y por lo tanto deja fuera de la cobertura a quien no cumpla con los criterios de elegibilidad. Es un programa que ofrece un paquete limitado de servicios; en el caso de EUA no alcanza a cubrir los servicios de Medicare, en el caso de México no alcanza a cubrir los servicios que cubre la seguridad social. Finalmente, el 60% de los pobres en los EUA no está cubierto por este programa, situación similar a la de México en donde el 50% de los pobres en México no están

cubiertos por el Seguro Popular, de acuerdo a las cifras oficiales de cobertura del Seguro Popular en México (Seguro Popular, 2009).

La expansión de las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organizations - HMOs) y la emergencia de la Medicina Administrada (Managed care - 1980s).

Una HMO (por sus siglas en Inglés), organización para el mantenimiento de la salud, es un tipo específico de plan de atención a la salud en los EUA. A diferencia de la cobertura tradicional de la salud, una HMO fija los lineamientos bajo los cuales los médicos pueden operar. En promedio, la cobertura de servicios de salud cuesta menos que programas tradicionales de seguros privados de salud comparables, aunque existen limitaciones de la amplitud de los servicios disponibles en las HMOs (Luft, 1994).

Las HMOs tienen sus raíces en la parte inicial del siglo XX. Muchos negocios empezaron a ofrecer a sus empleados programas médicos prepagados, bajo los cuales la atención a su salud fue cubierta, siempre y cuando fueran del tipo permitido en el contrato de estos programas. Las HMOs que existían tuvieron una vida buena hasta los años sesenta, cuando con la emergencia de Medicare empezaron a declinar. Sin embargo en 1973, el departamento de salud y servicios humanos paso el acta de HMO que ayuda a consolidar a las HMOs como una parte del universo médico de EUA (Luft, 1994).

La forma en que una HMO es capaz de ofrecer atención a la salud menos costosa está basada en dos aspectos: primero, mediante la contratación con proveedores específicos de servicios de salud y manejar un volumen importante de pacientes. Así las HMOs son capaces de negociar mejores precios que los que pagarían los pacientes de otra manera. En segundo lugar, mediante la eliminación de tratamientos que las HMOs consideran innecesarios y enfocarse en la prevención las HMOs reducen costos.

Cuando los individuos se unen a una HMO, deben de elegir a su médico de atención primaria. Este doctor entonces actúa en un rol dual, como agente de la HMO y como responsable del manejo integral del paciente. Cuando el médico determina que no

puede resolver el problema de salud del paciente, lo refiere a un especialista, con la excepción de las visitas de urgencia que no son controladas por el médico de atención primaria.

Es importante reconocer que algunas HMOs lo han sido desde su formación original como “Kaiser Permanente”, que se fundó en 1945 y es considerada la organización no lucrativa de atención a la salud de los EUA. Otras conforme el sistema de salud fue transformándose, ellas se modificaron, tal es el caso de las Compañías de Blue Cross y Blue Shield. Los beneficios y los daños que se les han atribuido a las HMOs son muchos, pero también lo son las variantes de las HMOs, en este sentido Harold Luft, uno de los investigadores más importantes en este campo, decía que “cuando conoces una HMO, conoces una HMO” (Luft, 1995). Por ejemplo, no es lo mismo la forma de Staff HMO de Kaiser permanente, la más prestigiosa de las HMOs, que la forma dominante en los EUA, las organizaciones de proveedores preferenciales; estas últimas son las que se han asociado en forma general a los efectos negativos de las HMOs (Miller, 2002).

Medicina Administrada (Managed Care)

Por Medicina Administrada se entiende a una variedad de técnicas para influenciar la conducta clínica de los prestadores de servicios de salud y/o los pacientes, con frecuencia mediante la integración del pago y la entrega de servicios de salud. El objetivo principal de la Medicina Administrada es controlar el costo, la calidad, o el acceso a servicios de atención a la salud en una población específica de afiliados (Alain C. Enthoven Sara J. Singer, 1999).

Una de las técnicas usadas en la Medicina Administrada es la capitación. Esta incluye el pago de una cantidad fija prospectiva al médico por cada paciente, independientemente del costo generado por la atención del paciente. Otra técnica es el uso de organizaciones de prestadores preferenciales, que incluyen arreglos entre los médicos y los compradores de servicios, en los cuales los médicos aceptan ofrecer descuentos de sus cargos usuales, o pagos a cambio de atender las necesidades de salud de un grupo de

pacientes.

La medicina Administrada es estructurada alrededor de una serie de incentivos para estimular la práctica de medicina costo-efectiva; y minimizar la variación en los patrones de práctica médica. Por “eficiencia” se entiende, proveer un producto, en este caso la atención a la salud, mientras se minimizan los recursos utilizados (dinero). La mayor de las veces, la eficiencia es alcanzada mediante incrementos en la productividad mientras se mantienen fijos los costos. Por lo tanto, la Medicina Administrada crea presiones para hacer más con menos: menos tiempo para el paciente, medicamentos menos costosos y menos exámenes y tratamientos diagnósticos costosos.

Incentivos monetarios son frecuentemente utilizados para influenciar la conducta del médico, entre otros recompensar médicos que practican una medicina sencilla y de bajo costo a través de la entrega de bonos a aquellos que proveen la atención más costo-efectiva. También existen incentivos no monetarios para limitar la entrega de servicios, tales como usar la presión de sus pares, o la presión de superiores, sobre aquellos que fallan en tomar en cuenta el bienestar financiero de la empresa de Medicina Administrada. Estos incentivos monetarios y no monetarios sustentan la preocupación ética de que los médicos puedan comprometer su papel fiduciario con el paciente, al considerar el logro de ahorros para la empresa en los costos de la atención (University of Washington, 2009).

El plan Clinton para el sector salud (1992-2000)

EUA es la única nación rica y desarrollada que no provee un sistema de salud universal. Bill Clinton en la elección presidencial de 1992 realizó una fuerte campaña sobre el cuidado médico en EU. Su meta era proporcionar atención médica universal para todos los americanos, la base del plan propuesto era que los patrones proporcionaran cobertura del seguro médico a todos sus empleados mediante organizaciones competitivas, pero reguladas, fundamentalmente por organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMOs).

Clinton propuso el establecimiento de “alianzas regionales corporativas” con los proveedores de salud para estar sujeto a un pago por servicio. La gente de bajos ingresos no pagaría nada. El financiamiento para dicho plan iniciaría en \$13.5 mil

millones de 1993 y alcanzaría los \$38.3 mil millones de dólares en 2003 (Moffit, 1993).

En Agosto de 1994, el líder de la mayoría demócrata del Senado George J. Mitchell introdujo una propuesta compromiso que retrasaría los requerimientos a los empleadores hasta el año 2002. A pesar de este esfuerzo la propuesta no fue aceptada y unas semanas después Mitchell anuncio que su plan compromiso esta derrotado y que sería necesario esperar hasta el siguiente Congreso. En la elección de medio camino de 1994 los republicanos tomaron control del Congreso lo que cerro las posibilidades para la reforma del sistema de salud de Clinton. No ha sido considerada una propuesta seria para alcanzar la cobertura universal de salud en EUA desde entonces (Cohn, 2007).

A pesar del rechazo de la propuesta de Clinton el sector de Medicina Administrada creció de una forma impresionante. Logro cubrir a casi 114'130,084 millones de americanos para el año 2007, ver cuadro 1. (HMO, POS y PPO) (AIS, 2007).

Cuadro 1. Afiliación total por tipo de Plan de Salud en los EUA, 2003-2007

	HMO	POS	PPO	Indemnity	Medicare
2003	43,444,550	16,923,170	66,123,892	10,434,167	5,340,933
2004	43,070,852	14,456,011	70,797,063	8,948,584	5,197,952
2005	49,718,449	15,458,577	87,386,698	7,498,689	5,751,847
2006	48,871,034	13,369,598	81,334,863	6,649,152	8,088,842
2007	42,446,202	12,730,524	58,953,358	5,051,766	12,277,417

	Medicaid	Other Public Program	CDH	Medicare Supplement	Other	Total
2003	18,338,167	2,046,506	63,111	3,583,671	7,570,771	197,373,823
2004	19,090,830	2,084,586	364,739	3,752,272	7,848,993	198,038,863
2005	20,021,257	2,847,907	1,394,091	3,836,402	10,563,019	208,201,136
2006	20,304,218	2,459,127	2,915,865	3,794,156	13,950,619	206,226,739
2007	21,388,634	2,745,417	3,476,404	5,788,496	36,001,437	204,635,370

Fuente: Tomado de AIS's 2003-2007 Health Plan Enrollment Statistics: Comparative 5-Year Market Share, Trends and Data.

Sin embargo, se estima que cerca de 47 millones de americanos aún no tiene acceso a servicios de salud y los paquetes de beneficios de las diferentes alternativas de Medicina Administrada han sido acotados en un esfuerzo por contener costos. Nunca se ha resuelto el problema de acceso en EUA y si se ha

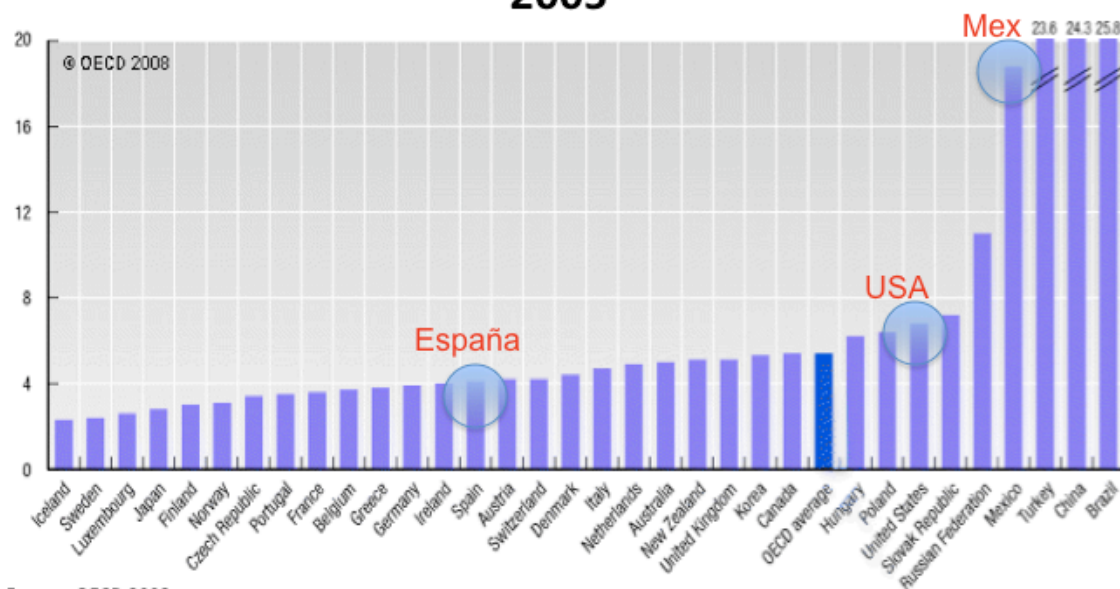
incrementado el desperdicio en el sistema de salud. Esta situación paradójica es la marca del siglo 21 en el sistema de salud de los EUA (Leibovic, 2009; Marmor, 2009; Lancaster, 2009).

La experiencia en otros países desarrollados (indicadores seleccionados)

A pesar de la mejoras en diferentes medidas de resultados en salud los EUA se mantienen en niveles bajos comparados con otros países miembros de la OECD. En el gráfico 1 se presentan las tasas de mortalidad infantil, en este indicador los EUA ocupan el lugar 27 de 33 países, México ocupa el lugar 30 y en comparación España ocupa el lugar 14.

Grafico 1.

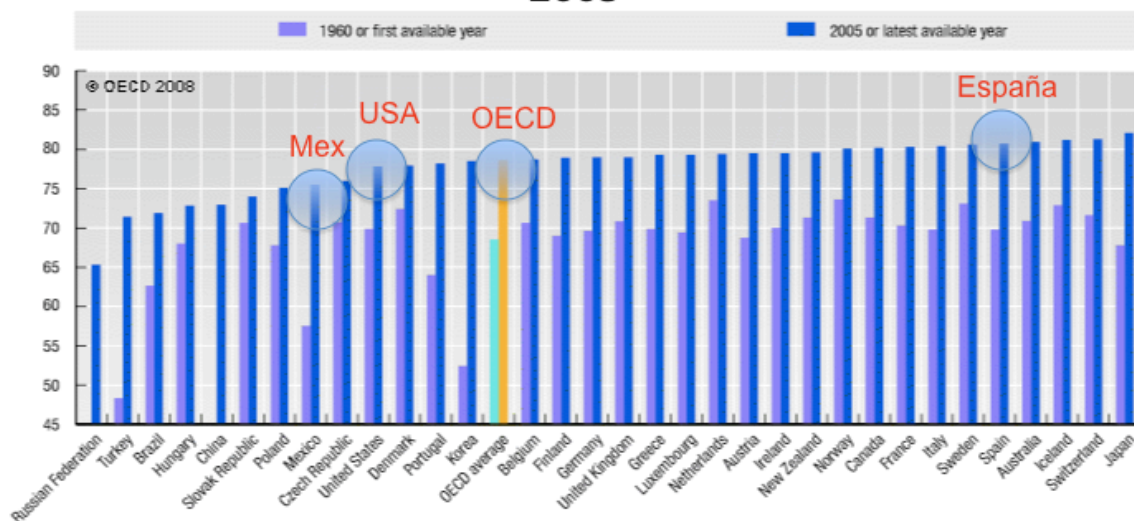
Tasas de Mortalidad infantil en Países de la OECD, 2005



En términos de esperanza de vida los EUA quedan por debajo de los principales países europeos, incluyendo una vez más a España. En el gráfico 2 es posible observar que EUA ocupa el lugar 25 en este indicador, mientras que México el 27 y España el 4 después de Japón, Suiza, Islandia y Australia.

Grafico 2.

Esperanza de vida al nacimiento en Países de la OECD, 2005



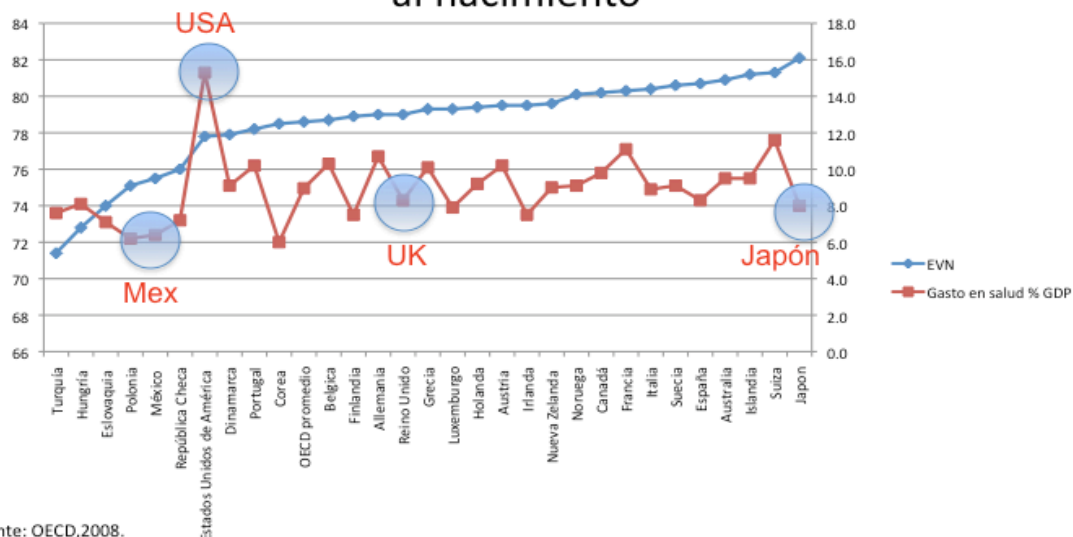
Fuente: OECD, 2008.

En contraste los gastos en salud en los EUA son significativamente mayores que cualquier otro país de la OECD. En los gráficos 3 y 4 se presentan dos indicadores de gasto, el gasto como porcentaje del PIB y el gasto per cápita.

Cuándo se analiza el gasto como porcentaje del producto interno bruto, EUA supera por más de 4.5 punto porcentuales a su más cercano perseguidor, Suiza. Sin embargo, se puede observar que no existe una clara relación entre gasto y esperanza de vida al nacer, por ejemplo, EUA gasta mucho y su esperanza de vida al nacer es de las más bajas. Por otra parte Japón gasta la mitad que los EUA en términos porcentuales (8%) y tiene la mayor esperanza de vida al nacer de todos los países miembros de la OECD (82 años). México es de los países que menos gasta 6.5% y su esperanza de vida es de las más bajas, sólo por arriba de los países de Europa del Este y Turquía.

Gráfico 3.

Relación entre gasto en salud(% GDP) y esperanza de vida al nacimiento



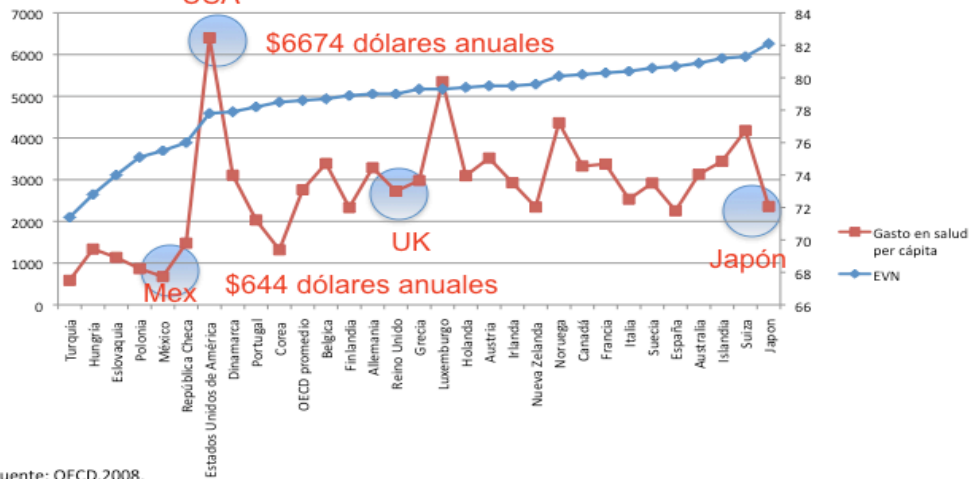
Fuente: OECD,2008.

Esta situación es más apreciable cuando se usa el indicador de gasto per cápita, EUA gasta 10 veces más que México (US\$ 6000 y US\$ 614, respectivamente), y más del doble que el Reino Unido y Japón. En particular es de llamar la atención de que sólo Turquía tiene un gasto per cápita inferior a México en 2005 (gráfico 4).

Mientras que seguramente existen factores más allá del sistema de salud en si mismo que contribuyen a esta brecha en el desempeño en los sistemas de salud, es claro también que los países que más gastan tienen potencial de mejorar sus indicadores de salud sin incrementar su gasto. Por otra parte, es claro que en países como México el nivel de financiamiento es un factor central para explicar su rezago.

Gráfico 4.

Relación entre gasto en salud (per cápita) y esperanza de vida al nacimiento



Fuente: OECD, 2008.

Existen dos mecanismos que se pueden utilizar para explicar esta brecha entre resultados en salud y gastos en salud: en primer lugar, el acceso inequitativo a los servicios de salud, ya sea por falta de servicios en general o por políticas de aseguramiento privado deficientes; en segundo lugar por ineficiencias y desperdicio en los modelos de seguros de salud pública en los países.

En este sentido, cabe hacer mención a un trabajo reciente del connotado economista Amartya Sen en donde refiere que “la falla de los mecanismos de mercado para proveer atención a la salud para todos ha sido flagrante en el mundo y mas notable en los Estados Unidos de América”. (Amartya Sen, 2009)

Los gobiernos de los países del mundo con mayor rezago han reconocido la necesidad de hacer a la cobertura universal de la salud como una de sus principales políticas. En EUA el presidente Obama se ha comprometido a lograr la cobertura universal, una situación similar ocurre en China que abandono la

seguridad universal en 1979 y ahora tiene que hacer rectificaciones de gran magnitud, no sólo para la salud sino como elementos centrales para encarar la crisis económica y lograr una transformación a largo plazo de sus sociedades (Amartya Sen, 2009; Lancaster, 2009).

En concordancia con las ideas de Amartya Sen. Los mas grandes retos los encaran los países que a pesar de tener un gasto per cápita importante, tienen un pobre desempeño y un sector de su población sin cobertura. Ciertamente ese es el caso de EUA y en al menos dos de estos aspectos lo es el caso de México también. En parte el problema es de actitud y entendimiento del público y sus representantes. Existen percepciones grandemente distorsionadas de como un servicio nacional de salud trabaja; y estas visiones deben de ser corregidas a través de una discusión pública. Por ejemplo donde termina lo público y empieza lo privado en los sistemas de salud; y cual puede ser una combinación óptima.

En el contexto de la crisis económica, los Europeos han mantenido tasas de desempleo mayores que las de estados unidos sin colapsarse. Esto es en gran medida resultado de la forma en el sistema de bienestar social trabaja en esos países, con un sistema muy fuerte de seguro de desempleo, y más importantemente, con servicios médicos básicos para todos los habitantes proveídos por el estado (cobertura universal de salud). (Amartya sen, 2009)

Los riesgos de la política de financiamiento en el sistema de salud mexicano

Modelo de reforma en América Latina

El modelo de reforma de América latina es un derivado del Modelo de mercados de Einthoven de 1987 para los sistemas de salud Ingles y Sueco. Londoño y Frenk elaboraron el modelo de pluralismo estructurado, a imagen y semejanza del modelo de Einthoven (Londoño y Frenk, 1997). Este modelo fue experimentado en Colombia en 1993 y ha sido ampliamente criticado.

En México se implantó en forma parcial, de hecho no comprende la mayor parte de los componentes del modelo original de pluralismo estructurado y se limitó al lanzamiento de un nuevo sistema de subsidio a los estados, centralizado para administrarse federalmente a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud en 2004. Este programa tiene tres componentes: 1. La entrega de un pago per cápita a los estados de acuerdo al número de gente afiliada al seguro popular en el estado; 2. Un fondo de gastos catastróficos que paga por servicio a un número limitado de intervenciones consideradas catastróficas; y el Seguro Médico para una nueva Generación (SMNG), que también se paga por servicio y que cubre 103 intervenciones dirigidas a los niños que nacieron a partir del 1ero de diciembre de 2006 (Seguro Popular, 2009).

Este programa conocido como el seguro popular tiene grandes similitudes con el programa de Medicaid en 1964. En primer lugar se buscó desarrollar un pago de capitación a los estados, pero sin capacidad de orientar el financiamiento. Los estados a pesar de firmar acuerdos de gestión, reciben el dinero de este componente y lo usan de la forma que ellos deciden. No hay capacidad de supervisión de la parte capitada del seguro popular, por lo tanto cada estado maneja de forma distinta el seguro popular.

Los otros dos componentes funcionan como un fondo de dinero para pagar por servicios, lo que genera efectos no deseados, en particular la inflación en el sistema de salud. El incentivo es producir más de estos servicios que son cubiertos de acuerdo a una estimación de costos muy general y poco estandarizada (gastos catastróficos y SMNG).

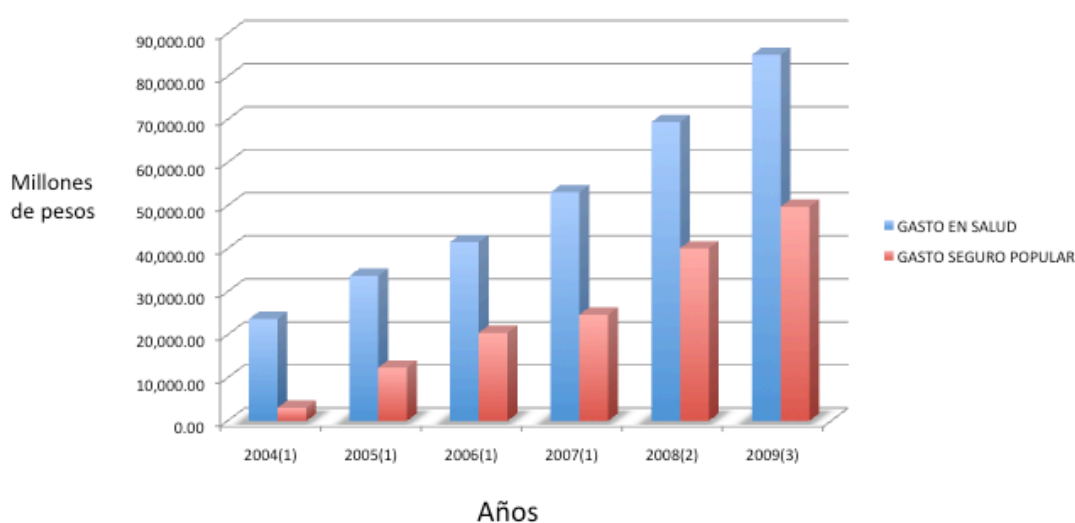
El riesgo más importante es que este subsidio no transite al seguro público que se supone debe de ser. A pesar de la justificación del programa como una forma de solucionar las inequidades por la fragmentación del sistema, ha resultado ser un fragmento más del mismo y al parecer se ha creado un nuevo sector de la población que no es lo suficientemente pobre para participar del programa, ni lo suficiente estable en su trabajo para ser parte de la seguridad social.

Implicaciones para la cobertura universal en el sistema de salud mexicano.

En el gráfico 5, se presenta la magnitud del crecimiento del financiamiento para el sector salud, a expensas del crecimiento del seguro popular. Este gráfico muestra un fuerte crecimiento del financiamiento, el cual paso de \$3,000 millones de pesos en el 2004 a cerca de \$45,000 millones de pesos presupuestados para el 2009.

Grafico 5.

Crecimiento del gasto en Salud en pesos mexicanos constantes en el periodo 2004-2009



Fuente: Cuentas Públicas de la Federación, 2004-2007; Presupuesto de Egresos de la Federación, Gasto Programable, 2008-2009. Pesos Constantes (utilizando 3% de inflación con el año base de 2004)

Sin embargo, a pesar del optimismo que estos números generan, el rezago de México como fue ampliamente presentado en los gráficos anteriores hace que los avances no alcancen los beneficios esperados. Aunque el gasto per cápita se incremento de 644 dólares en 2005 a 844 dólares en 2008, no pasamos los niveles de los países de Europa del Este y sólo estamos por arriba de Turquía entre los países Miembros de la OECD. Finalmente como se muestra en el gráfico 6, los avances que se alcanzaron entre 2005 y 2008 en el gasto per cápita, se perdieron rápidamente en los primeros cuatro meses de 2009 como consecuencia de la devaluación del peso frente al dólar.

Gráfico 6.

Implicaciones para la cobertura universal en el sistema de salud mexicano



Fuente: Estimaciones a partir de datos de OECD 2008 y Cuentas Públicas de la Federación, 2004-2007

¿Cuál es el sistema de salud que queremos los mexicanos?

Si parafraseamos a Hsiao, no es suficiente con incrementar el financiamiento, el sistema de salud en México no está organizado para obtener el mayor provecho de sus recursos. Existe suficiente evidencia de los efectos de la fragmentación del sistema de salud en México sobre la salud de la población mexicana y las grandes brechas que existen entre diferentes sectores de la sociedad (Secretaría de Salud, 2007).

Recientemente se ha enfocado la discusión entre las autoridades del país en buscar la forma en que se pueda colaborar dentro del sector salud. Conceptos como el de portabilidad, convergencia e integración funcional han sido avanzados como posibles soluciones para los problemas del sector. Sin embargo, sólo existe portabilidad dentro de las instituciones de seguridad social que garantizan que una persona derechohabiente puede ser atendida en cualquiera de sus unidades del país, con una atención similar en términos de calidad. La portabilidad y la convergencia se convierten en ejercicios fútiles cuando los beneficios no son equivalentes entre los diferentes componentes del sector salud.

Ahora bien, porque tenemos que quedarnos con el arreglo actual de nuestro sistema. En la figura 1 se presentan los tres escenarios alternativos que resume los resultados de la revisión de los sistemas de salud actuales en el mundo.

Figura 1.

Escenarios alternativos para el sistema de salud en México



En primer lugar debemos de considerar que cualesquiera que sea el escenario que escojamos implica lo que se ha llamado la mezcla público–privada. Casi la totalidad de los sistemas de salud en el mundo contienen algún tipo de mezcla público–privada y nosotros no podemos realísticamente prescindir del componente privado.

Entonces la pregunta se modifica cual es el escenario que mejores posibilidades ofrece a nuestro país. Me gustaría empezar por eliminar al escenario actual, que corresponde con el modelo de mercados abiertos y seguros múltiples. Este modelo es el que se ha seguido en EUA y ha resultado en una gran cantidad de desperdicio, sin alcanzar la cobertura universal y con niveles de salud inferiores a los de países que han seguido los modelos alternativos. Si los EUA no han podido alcanzar la cobertura universal con dicho modelo, ¿por qué habría México de ser diferente?

La opción que nos queda es escoger entre dos posible escenarios el modelo de seguro nacional de salud o el modelo de servicio nacional de salud. Ambos modelos han alcanzado la cobertura universal en los países que los han seguido. Más aún en estos sistemas se ofrecen paquetes de beneficios más amplios que en los modelos de mercados. Finalmente, son inherentemente equitativos, todos reciben los mismos beneficios al momento de expresar la necesidad de salud.

El problema se centra en que para escoger cualquiera de estos dos modelos es necesario contar o desarrollar una política de Estado. Esto implica la concertación de actores políticos y sociales diversos. Las experiencias de los países que han sido exitosos, con recursos similares a los de México existen. El caso de España es claro y contundente, como se presento sus indicadores de salud son muy buenos y el gasto en salud no es de los más altos (\$2200 dólares per cápita, por abajo del promedio de los países de la OECD).

Otro factor importante es que la implementación de la transformación del sistema que elijamos tomará más de 12 años. En la mayoría de los casos ha tomado hasta 20 años consolidar el sistema. Un indicador claro es el caso de la seguridad social en nuestro país que llevo más de 20 años consolidar al Instituto Mexicano del Seguro Social. Dada esta ventana de tiempo para la implementación, los planes deberán de pasar la prueba de los sexenios, para lo cual el apoyo debe ser muy amplio de la sociedad civil y de sus representantes.

Consideramos que este apoyo se puede generar a través de la creación de una Comisión Nacional que defina las bases del sistema de salud que queremos los Mexicanos. Esta comisión deberá ser integrada por miembros de la sociedad civil (ONGs, universidades, ANM, etc), gobiernos federal, estatales y locales y las cámaras de representantes. Sólo con una amplia participación se puede soportar un esfuerzo de esta envergadura.

Finalmente, en todas las experiencias exitosas siempre ha existido un personaje (Champion) que ha mantenido el interés y el esfuerzo para el desarrollo de los sistemas de salud. En Inglaterra es muy fácil identificar a Aneurin Bevan quién fue el arquitecto del servicio nacional de salud del Reino Unido en 1948; en Canadá a Emmett Hall quién presidio la comisión real de servicios de salud establecida por

el gobierno federal en 1961. En nuestro país deberá de emerger esta figura, que nos represente y nos guíe para el logro del sistema de salud que queremos los Mexicanos.

Referencias

Alain C. Enthoven. Managed competition: an agenda for action. *Health Affairs*, 7, no. 3 (1988): 25-47

Alain C. Enthoven and Victor R. Fuchs. Employment-Based Health Insurance: Past, Present, And Future. *Health Affairs*, 25, no. 6 (2006): 1538-1547.

Arrow K, Auerbach A, Bertko J, Brownlee S, Casalino LP, Cooper J; et al. Toward a 21st-century health care system: recommendations for health care reform. *Ann Intern Med*. 2009;150:493-5.

Hsiao, W. Why is a systemic view of financing necessary? *Health Affairs* 24(4): 950-961. 2007.

Blue Cross Blue Shield Association. <http://www.bcbs.com/about/history/> tomado el 25 de mayo de 2009.

Torrens P. Overview of the health services system. En: Williams S. y Torrens P. *Introduction to Health Services*, Cap. 1, pp. 1-29, New York, EUA: John Wiley & Sons, 1980.

Medicare.

<http://www.medicare.gov/Publications/Search/Results.asp?PubID=10116&Type=PubID&Language=English>, 2009.

Centers for Medicare & Medicaid Services.

<http://www.cms.hhs.gov/MedicaidGenInfo/> , 2009.

Centers for Medicare & Medicaid Services. Emergency Medical Treatment & Labor Act. August 30, 2006.

Seguro Popular.

http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/seguro_popular/ , 2009.

Luft, Harold S. "HMOs, Market Competition, and Premium Cost," (editorial). *Journal of Health Economics* 14 (1995): 115-119.

Luft, Harold S. "Health Maintenance Organizations: Is the United States Experience Applicable Elsewhere?" in Health Policy Studies No. 4, *Health: Quality and Choice*. Organization for Economic Co-operation and Development 1994:45-61.

Miller, Robert H. and Luft, Harold S. "HMO Plan Performance Update: An Analysis of the Literature, 1997-2001." *Health Affairs* 2002; 21(4) (July/August): 63-86.

Alain C. Enthoven Sara J. Singer Managed Care Backlash: Unrealistic Expectations Born of Defective Institutions. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, October, 1999.

Washington University, School of Medicine. Ethics and Medicine. What ethical concerns does managed care raise?
<http://depts.washington.edu/bioethx/topics/manag.html>. 2009

Moffit, Robert. "A Guide to the Clinton Health Plan", Heritage Foundation (1993-11-19)

Cohn J. "Hillary was Right - The health care plan that dares not speak its name," *The New Republic*, June 5, 2007. Accessed June 8, 2007.

AIS's 2003-2007 Health Plan Enrollment Statistics: Comparative 5-Year Market Share, Trends and Data.

(www.aishealth.com/MarketData/MCEnrollment/MCEnrol_fiveyr02.html)

Amartya Sen. Capitalism Beyond the Crisis. Volume 56, Number 5. March 26, 2009.

Londoño J. y Frenk J. Pluralismo Estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma a los sistemas de salud en América Latina. Documento de trabajo No. 353. Banco Interamericano de Desarrollo, 1997.

Leibovich M. Hold the eulogies, Kennedy says. *New York Times*. 22 February 2009:1.

Marmor T, Oberlander J, White J. The Obama administration's options for health care cost control: hope versus reality. *Ann Intern Med*. 2009;150:485-9.

Lancaster GI, O'Connell R, Katz DL, Manson JE, Hutchison WR, Landau C; et al. Healthcare Professionals for Healthcare Reform. The expanding medical and behavioral

resources with access to care for everyone health plan. *Ann Intern Med.* 2009;150:490-2.

Secretaría de Salud. *Salud: México 2006, información para la rendición de cuentas.* Secretaría de Salud, 2007.

Bibliografía consultada

1. Insuring America's Health: Principles and Recommendations, Institute of Medicine at the National Academies of Science.
2. The Case For Single Payer, Universal Health Care For The United States.
3. Overview - What is Not Covered, U.S. Department of Health & Human Services
4. Estrich, Susan (2005). *The Case for Hillary Clinton*. HarperCollins. ISBN 0060839880. p. 104.
5. Longman, Phillip (2007). *Best Care Anywhere: Why VA Health Care Is Better Than Yours*. PoliPointPress. ISBN 0977825302. p. vii.
6. Gratzner, David. "The Return of HillaryCare" *The Weekly Standard*. 05/23/2005, Volume 010, Issue 34. Retrieved 2007-August-07.
7. Clinton, Bill. Address to Joint Session of Congress as Delivered (2003-09-22).
8. "Events leading up to Clinton's Healthcare Address to Congress." Timeline from PBS's *The System*. Accessed June 10, 2007.
9. Cohn, Jonathan. "Hillary was Right - The health care plan that dares not speak its name," *The New Republic*, June 5, 2007. Accessed June 8, 2007.
10. Hodgson, Godfrey. *The Gentleman from New York: Daniel Patrick Moynihan: a Biography*, page 349 (2000): "Hillary Clinton was out in front on this project to a degree unprecedented among presidential wives."
11. Bok, Derek. "Political Leadership in the Great Health Care Debate of 1993-1994" in *Public Discourse in America: Conversation and Community in the Twenty-First Century* by Stephen P. Steinberg, Judith Rodin, page 96 (2003): "the President took the unprecedented step of naming his wife."
12. idak, J Gregory (1993). "Amicus Brief of J. Gregory Sidak in Association of American Physicians & Surgeons v. Hillary Rodham Clinton". *Social Science Research Network*. http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=971067. Retrieved on 2007-08-21.
13. *Association of American Physicians and Surgeons, Inc. v. Hillary Rodham Clinton*, 997 F.2d 898 (D.C. Cir. 1993).
14. Judge Rules Government Covered Up Lies on Panel, By Robert Pear. From the *New York Times*, December 19, 1997; accessed January 3, 2008.

15. Court Clears Clinton Aide In Lying Case, by Neil A. Lewis. Published in the *New York Times*, August 25, 1999. Accessed January 3, 2008.
16. H.R. 3600, Health Security Act (1993-11-20).
17. <http://www.nytimes.com/2007/01/18/opinion/18edsall.html?ex=1326776400&en=4ac5968a31842091&ei=5088&partner=rssnyt&emc=rss>
18. Hernandez, Raymond and Pear, Robert. "Once an Enemy, Health Industry Warms to Clinton." *The New York Times*, July 12, 2006. Accessed June 9, 2007.
19. "The Rise and Fall of the Political Catchphrase," *Time*, February 14, 1994. Traces the origins of the Republican counter-argument "there is no health care crisis." Accessed June 8, 2007.
20. Will, George. "Inoculated for Exuberance?" *The Washington Post*, November 10, 2006. Accessed June 9, 2006.
21. Kramer, Michael. "The Political Interest," *Time*, January 31, 1994. "Slowly but surely, Bill Clinton's health-care plan is headed for the triage unit." Accessed June 8, 2007.
22. Pantel, Kant and Rushefsky, Mark. Politics, Power, and Policy Making: The Case of Health Care Reform in the 1990s (1997).
23. "The Evolution of Hillary Clinton," *New York Times*, July 13, 2005. Accessed June 8, 2007.
24. Thomas, Evan. "Decline and Fall", *Newsweek*. {2006-11-20}.
25. Clinton, Hillary Rodham. "Now Can We Talk About Health Care?" *The New York Times*, April 18, 2004. Accessed June 8, 2007.
26. "Gingrich, Clinton Collaborate on Health Care Bill," *Associated Press* in the *Washington Post*, May 12, 2005. Accessed June 10, 2007.
27. Milbank, Dana. "The Reformer and the Gadfly Agree on Health Care," *Washington Post*, July 22, 2005. Accessed June 10, 2007.
28. Toner, Robin and Kornblut, Anne. "Wounds Salved, Clinton Returns to Health Care," *The New York Times*, June 10, 2006. Accessed June 8, 2007.
29. Krugman, Paul, and Wells, Robin. "The Health Care Crisis and What to Do About It", *New York Review of Books*, March 23, 2006.
30. Cannon, Michael. "What Mitt and Hillary Have in Common," *The National Review Online*, June 5, 2007. Accessed June 8, 2007.
31. "Romney: Clinton health care plan is 'bad medicine'", *CNN Political Ticker*, 2007-09-17. Accessed 2007-09-20.

32. Paul Starr, "The Hillarycare Mythology", *The American Prospect*, 2007-09-14.
Accessed 2007-09-18.