

Capítulo 7

Política de salud

*Francesca Colombo, Ian Forde, Ankit Kumar,
Valérie Paris y Franco Sassi*

Durante los últimos años México ha avanzado significativamente en el sector salud. Mediante su innovador programa Seguro Popular, México ha prácticamente logrado ya la cobertura universal para la población, como sucede en la mayoría de los demás países de la OCDE. No obstante, a pesar de las importantes mejoras en la esperanza de vida y la mortalidad infantil, permanece aún por debajo del promedio de la OCDE en lo que corresponde a los indicadores básicos del estado de la salud. Si bien el gasto total en salud (público y privado) ha crecido más rápidamente en la última década, dicho gasto sigue siendo muy inferior al de otros países de la OCDE. El nivel de gasto público es especialmente bajo y el gasto de bolsillo de los particulares es muy elevado. Además, el sistema de salud está fragmentado, lo que conduce al desperdicio en el gasto y a considerables disparidades en el acceso a la atención de la salud de un estado a otro. Mejorar los servicios de salud del país exigirá atender los problemas de los estados más pobres, privilegiar los servicios donde se pueda ofrecer la máxima relación calidad-precio y mejorar la eficiencia de la atención. Estos cambios permitirán que México cumpla el compromiso establecido en el Pacto por México para igualar la calidad y la cobertura entre los diferentes esquemas de servicios de salud. Tal aspiración deberá motivar nuevas reformas a fin de ampliar el acceso a éstos, con políticas basadas en el establecimiento de metas tanto de la cobertura de los servicios como de la utilización efectiva de los mismos por parte de los diferentes grupos socioeconómicos y en las diversas regiones.

En las últimas décadas México ha experimentado mejoras sorprendentes en la esperanza de vida y una constante reducción en las tasas de mortalidad infantil. Cabe resaltar que gracias en particular al programa Oportunidades, la esperanza de vida se ha incrementado 19 años (desde 1960), alcanzando los 75 años en 2010; por su parte, la mortalidad infantil se ha reducido a la quinta parte de la tasa de 1970 (véase el capítulo 2). Sin embargo, la esperanza de vida sigue siendo la quinta más baja de la OCDE, y la mortalidad entre los prematuros es la más elevada de la OCDE. Por otro lado, México adolece de una oferta comparativamente baja de insumos al sector salud —camas y médicos— según los estándares de la OCDE.

México ya ha implementado una reforma muy ambiciosa. Transcurrido un muy breve periodo de apenas ocho años, el Seguro Popular ofrece hoy cobertura para la mitad de la población que carecía de seguro. El avance de México hacia la consecución de la cobertura universal de su población ha sido notable en muchos aspectos, incluidos bajos costos fiscales y un mecanismo financiero que contribuye a disminuir las desigualdades en la distribución de fondos federales entre los distintos estados.

A pesar de este éxito, aún persisten diversos desafíos. México todavía gasta considerablemente menos en salud que otros países de la OCDE. Aunque el gasto total per cápita en salud se acerca a lo que podría esperarse considerando su nivel de ingreso, el sector salud mexicano se caracteriza por un nivel relativamente bajo de gasto público e importantes desembolsos del público. Esto indica que el sistema se queda corto en cuanto a la provisión de una cobertura adecuada de seguro. El aumento de la eficiencia en la prestación de los servicios y la mejora de la capacidad administrativa, particularmente a nivel estatal, serán pasos importantes para asegurar el éxito de las reformas en el largo plazo. Adicionalmente, es necesario atender las nuevas amenazas para la salud como la obesidad y la carga creciente que se asocia con el envejecimiento y las enfermedades crónicas. La organización del sistema se caracteriza por distintas instituciones verticalmente integradas, cada una de las cuales atiende a distintos segmentos de la población y con poca vinculación o coordinación entre ellas. Lo anterior ha conducido a desigualdades importantes en la prestación de servicios de salud entre las diferentes regiones y a una fragmentación que tendrá que abordarse.

Uso de la innovación para brindar cobertura asequible

El Seguro Popular ha sido uno de los ejemplos de política pública más innovadores y eficaces, al inscribir a las familias más pobres y a las personas que trabajan en el sector informal. En los ocho años transcurridos desde 2004, México ha llegado a más de 50 millones de personas que antes carecían de acceso a la seguridad social, con usuarios que informan de tasas de satisfacción del 97%.¹

Esto ha sido un éxito rotundo. A nivel mundial, el Seguro Popular es considerado un ejemplo de innovación en la cobertura de servicios de salud (Knaul et al., 2012; OCDE, 2005), desde dos perspectivas principales. La primera es que el sistema se basa en incentivos para que tanto los estados como los individuos se inscriban en el programa sin establecer formalmente un mandato de cobertura. Al asignar los fondos del programa hacia los estados con base en el número de nuevos usuarios inscritos, se introdujo un mecanismo que asigna más recursos a los estados más pobres, que típicamente tenían el mayor número de personas no aseguradas. La segunda perspectiva para evaluar el programa es que el Seguro Popular fue diseñado para lograr la cobertura universal a un costo fiscal relativamente bajo. Cubre los tratamientos de un grupo limitado de enfermedades y no pone en riesgo la sostenibilidad fiscal del sistema. Al especificar derechos claros, el gobierno ha podido así canalizar la expansión en las áreas de mayor rentabilidad social, como los servicios esenciales de atención primaria y los servicios de atención hospitalaria.

Además, el Seguro Popular no parece haber aumentado los incentivos al trabajo informal, al reducir los beneficios relativos del sistema contributivo actual (véanse el capítulo 5 y OCDE 2011b).

Los retos de mejorar la protección financiera y atender las brechas de financiamiento

Entre los principales retos restantes cabe destacar la necesidad de mejorar el acceso a la atención mediante la ampliación de la gama de servicios cubiertos por el Seguro Popular, facilitar el acceso a los servicios en todos los estados y en las zonas rurales, mejorar la calidad de la atención y atacar la carga creciente de las enfermedades crónicas. Para hacerlo, México necesita llevar a cabo reformas incrementales en tres áreas principales: protección financiera, los beneficios ofrecidos por el Seguro Popular y la disponibilidad de financiamiento.

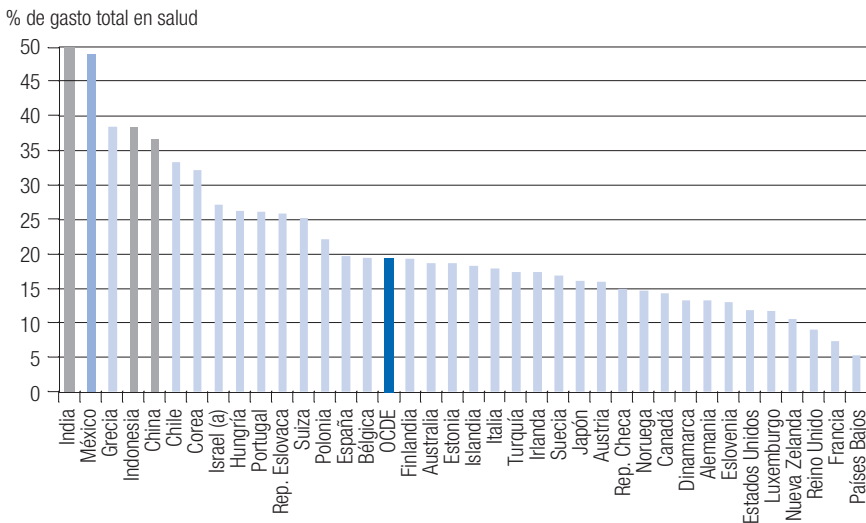
Mejoramiento de la protección financiera

Los mexicanos siguen expuestos a hacer desembolsos desproporcionadamente elevados para atender su salud. Los pagos directos siguen siendo los más elevados

¹ <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx>.

entre los países de la OCDE y sólo menores que los de Indonesia cuando se incluyen las economías emergentes, como se muestra en la gráfica 7.1. El porcentaje de gasto para atención de la salud financiado con desembolsos del público se ha reducido sólo marginalmente, del 51% en 2000 al 49% en 2010. El gasto per cápita de la población creció 24% en términos reales entre 2000 y 2010. Este nivel de pagos del público es más elevado que en los países que tienen niveles semejantes de ingreso per cápita,² como Chile, Turquía, Estonia y Hungría, y muy superior al promedio de la OCDE del 28% en 2009. Esto refleja las desigualdades en cobertura entre los diferentes grupos demográficos.

Gráfica 7.1. **Pagos por parte de la ciudadanía como porcentaje del gasto total en salud, 2010**



a Información sobre datos de Israel: <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

Nota: Las economías emergentes que no son miembros de la OCDE en esta gráfica son: Indonesia, China e India.

Fuente: Base de datos *Global Health Expenditure* de la OMS; *OECD Health Data 2012*.

La persistencia de un gasto tan alto del público en una época de rápida expansión de la cobertura de salud indica que las familias todavía enfrentan dificultades para acceder a los servicios que necesitan, o bien, continúan gastando más para acceder a lo que perciben como servicios de mayor calidad en el sector privado, donde existe una cobertura de seguros marcadamente menor. Esto conduce también a diferencias persistentes en el acceso entre quienes están cubiertos por el Seguro Popular y quienes están afiliados a la seguridad social.

² Ajustado por las diferencias en los niveles de precios entre los países.

Por ejemplo, si bien las consultas externas y el uso de los servicios hospitalarios han mejorado con el tiempo para aquellos que antes no estaban asegurados, los porcentajes de utilización siguen siendo mayores entre los inscritos formalmente en la seguridad social: en 2010, el porcentaje de consultas al médico general entre la población inscrita a la seguridad social fue del 17.8%, en comparación con el 11.1 correspondiente a quienes no están inscritos (Knaul *et al.*, 2012). Por lo tanto, el gobierno debe seguir esforzándose para reducir ese gasto directo de la población al alentar a los estados a ubicar servicios y personal de atención de salud en sitios más cercanos a la gente pobre, y a ampliar la gama de beneficios cubiertos.

Ampliar la gama de beneficios cubiertos por el Seguro Popular

La lista positiva de inclusión del Seguro Popular ha frenado con éxito al gasto en salud y al mismo tiempo ha ampliado su cobertura. El derecho a un paquete de servicios esenciales ayudó a asignar los fondos a los servicios más rentables. Los beneficios cubiertos por el paquete se han ampliado con el transcurso de los años, de 91 intervenciones en 2004 a 284 en 2012. Esto abarca más del 95% de las causas de visita a las unidades ambulatorias y los hospitales generales (Knaul *et al.*, 2012).

De aquí en adelante, el reto consiste en asegurar que los servicios brindados por el Seguro Popular satisfagan las necesidades de salud de la población. La cobertura del Seguro Popular para gastos de salud catastróficos (el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos) es más limitada que la brindada por el paquete de servicios esenciales.³ La cobertura contra gastos catastróficos de salud incluye cánceres (principalmente cánceres infantiles, con cobertura para pocos cánceres del adulto aparte de los de mama, cérvicouterinos, linfoma y tumores testiculares), trasplantes, algunos procedimientos quirúrgicos complejos, atención neonatal y VIH/SIDA. También incluye la atención posterior a los ataques cardíacos, pero sólo cuando el paciente tiene menos de 60 años de edad. No existe cobertura para los pacientes mayores ni para los gastos catastróficos surgidos de enfermedades no contagiosas como los accidentes vasculares o la necesidad de trasplantes de riñón o diálisis. Es probable que esto se convierta en una mayor preocupación, conforme las enfermedades crónicas como la diabetes sigan elevándose entre la población de México. Además, si bien los beneficios ofrecidos por el Seguro Popular en las clínicas públicas para pacientes externos y los hospitales generales son muy semejantes a los brindados por los servicios comparables de las dependencias de la seguridad social, quienes pertenecen al sector de seguridad social tienen acceso a un número considerablemente mayor de procedimientos para enfermedades graves.

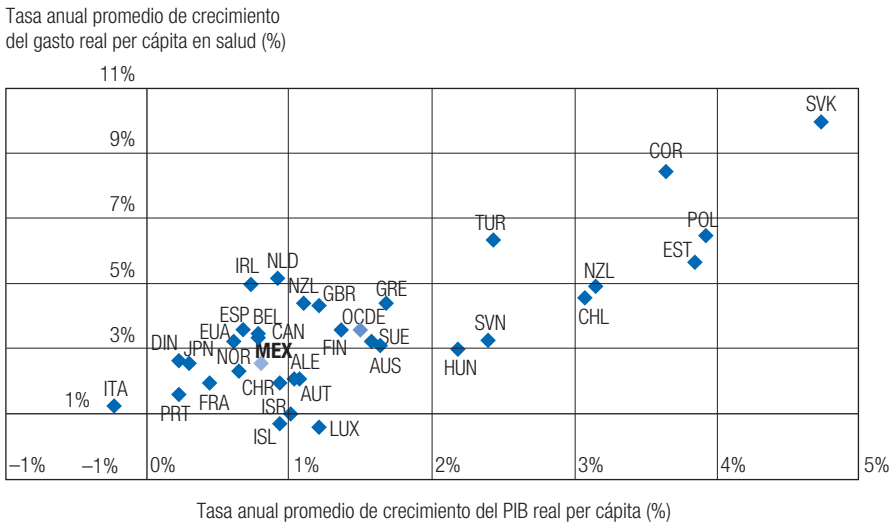
³ El esquema de seguros incluye un paquete de servicios esenciales y un paquete que cubre los gastos de salud catastróficos (es decir, los gastos para atención de la salud que amenazan la capacidad de la familia para financiar sus necesidades básicas) financiados a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Atender las brechas de financiamiento

Para permitir estas ampliaciones y asegurar una verdadera mejora en los servicios de salud, es necesario encontrar fuentes adicionales de financiamiento. El gasto en salud está dentro de los límites de lo que podría esperarse considerando el ingreso per cápita de México. No obstante, a pesar del importante compromiso fiscal que acompaña a las recientes reformas, el gasto de México en atención de la salud, equivalente al 6.2% del PIB, es aún moderado en comparación con los países de la OCDE (el promedio de la OCDE es de 9.5%) y el segundo más bajo en la OCDE después de Turquía (6.1%). En relación con el crecimiento económico, el gasto en salud se ha incrementado más rápidamente que en Francia, Alemania o Portugal. Sin embargo, tampoco ha crecido tan rápidamente como en Corea, Estonia y Turquía, países que de manera semejante han procurado hacer ampliaciones importantes en sus coberturas (o en sus paquetes de beneficios) (véase la gráfica 7.2).

Un crecimiento más lento del gasto en salud puede ser reflejo de una menor utilización de los servicios de salud que son más caros, o de las menores necesidades de una población más joven. Pero para asegurar un buen acceso a la atención se necesita un suministro adecuado de medicamentos. Por otra parte, como en casi todos los demás países de la OCDE, los mexicanos van a vivir más tiempo con padecimientos crónicos. Esta transición de la carga de salud de las enfermedades contagiosas a las crónicas requerirá incrementos en los niveles de

Gráfica 7.2. **Tasa de crecimiento promedio del gasto real per cápita en salud 2000-2010 (o año más próximo)**



Fuente: OECD, *Health at a Glance*, 2012.

gasto en salud. Demandará más de los profesionales de la salud y de los recursos médicos que las enfermedades contagiosas, porque las enfermedades crónicas requerirán tratamientos relativamente más caros para personas que vivirán una vida más larga. La magnitud de este desafío se ilustra con el hecho de que México tiene la segunda mayor tasa de obesidad y la más alta prevalencia de diabetes de los países de la OCDE.

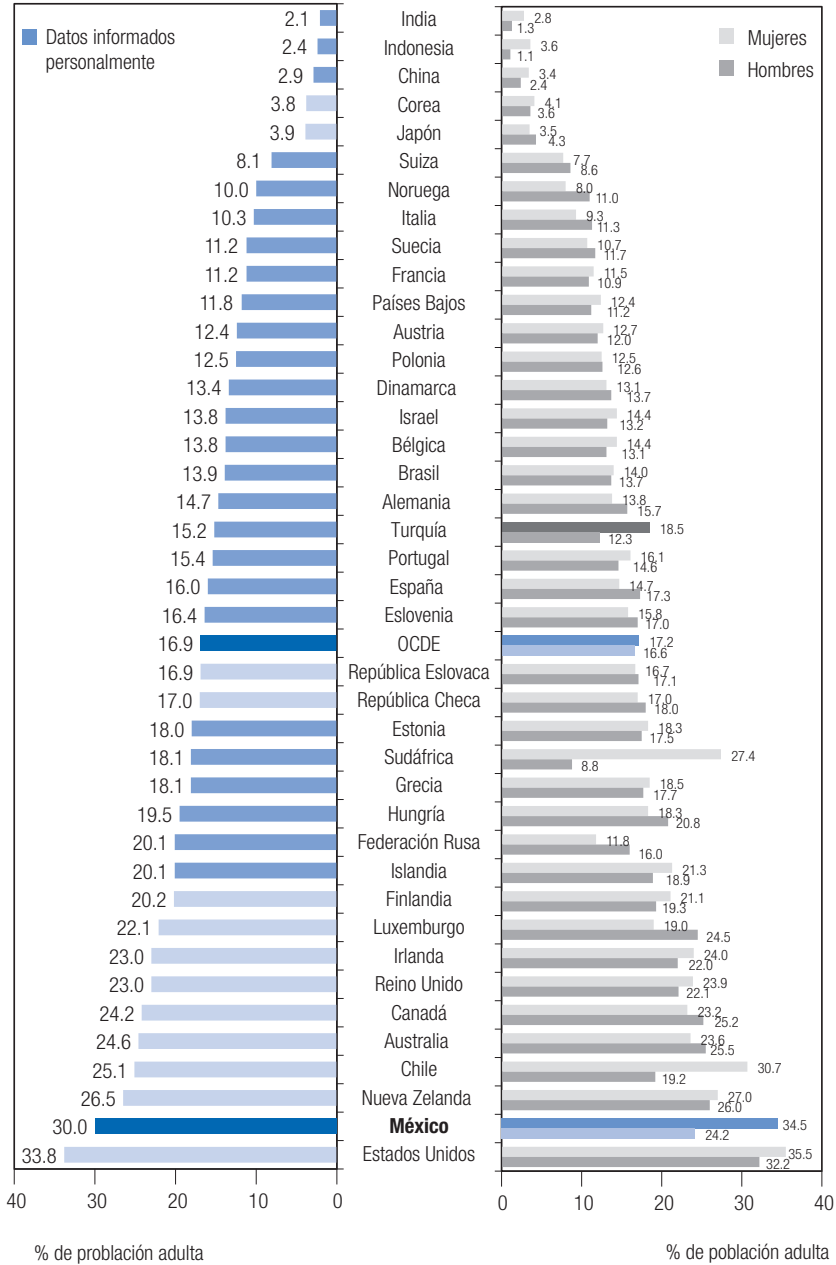
Enfrentar los nuevos retos de la salud

La obesidad y la diabetes, que afectan a una proporción cada vez mayor de la población, se están convirtiendo en retos urgentes para el sistema de salud de México. En el transcurso de los últimos 30 años, México se ha convertido en uno de los países del mundo más fuertemente afectados por la epidemia mundial de obesidad. Después de Estados Unidos, México ocupa el segundo lugar de la OCDE en obesidad (véase la gráfica 7.3). Entre 2000 y 2006, la prevalencia de sobrepeso se incrementó de 62.3% a 69.5% entre la población adulta, en tanto que la tasa de obesidad subió de 24.2% a 30%. Además, México se encuentra entre los países con las tasas más elevadas de obesidad infantil en el mundo: uno de cada tres niños tiene sobrepeso u obesidad.

La diabetes, la enfermedad crónica más directamente vinculada con la obesidad, también se está propagando rápidamente. Se estima que el 10.8% de los mexicanos entre las edades de 20 y 79 años tienen diabetes, una de las tasas más elevadas de la OCDE. La diabetes tipo 1, la forma predominante de la enfermedad entre los grupos de menor edad, representa el 10-15% de todos los casos.

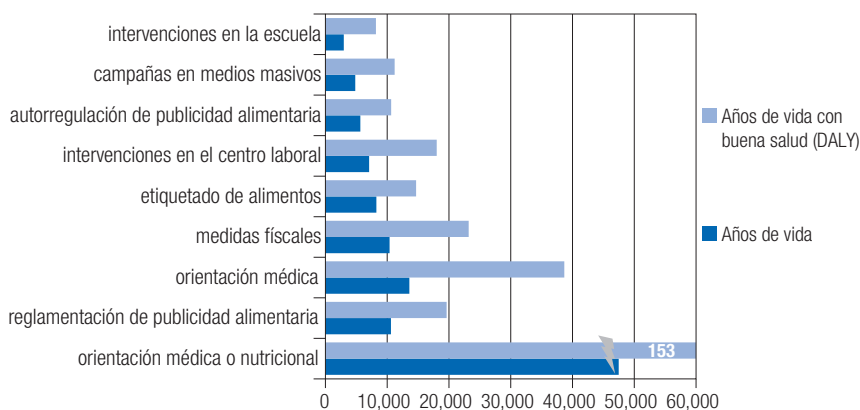
Estudios realizados por la OCDE muestran que una de las políticas más eficaces para la prevención de la obesidad y de las enfermedades relacionadas con la diabetes es brindar orientación en el nivel de atención primaria a los adultos en riesgo. La OCDE ha creado un modelo de microsimulación que permite a los países evaluar cuáles son las mejores políticas para atacar la obesidad y las enfermedades a las que ésta contribuye. Éste se cargó con datos de México y según sus resultados, en este país podrían ganarse hasta 61,000 años de vida mediante una estrategia integral que incluya programas múltiples de prevención. En la gráfica 7.4 se ilustran los efectos potenciales para la salud de los diferentes programas. La combinación de varias intervenciones para abordar la alimentación poco saludable y la inactividad física es un modo eficiente de mejorar la salud de la población. La rentabilidad de una estrategia de prevención, lo que incluye una campaña en los medios de comunicación, impuestos y subsidios a ciertos alimentos, etiquetas con información nutricional y restricciones a la comercialización representaría unos 3,460 dólares por año de vida que se ganarían teniendo buena salud (ahorro en DALY, siglas en inglés de Años de Vida Ajustados a la Discapacidad). Una estrategia tan amplia puede contribuir a un paquete diseñado para atacar los principales factores de riesgo de las enfermedades

Gráfica 7.3. Prevalencia de obesidad entre adultos de 15 años o más, 2009 (o año más próximo) y disponible



Fuente: OECD Health Data 2011; fuentes nacionales en el caso de países no miembros de la OCDE.

Gráfica 7.4. Resultados de salud a nivel demográfico (efecto promedio por año)



Fuente: *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat*, OECD, 2010.

crónicas, incluso también el tabaquismo, el alcoholismo, la hipertensión arterial y el colesterol elevado. En México, el paquete podría implementarse a un costo anual de 4.5 dólares per cápita (Cecchini *et al.*, 2010). Las intervenciones para cambiar los regímenes alimenticios no saludables y disminuir la inactividad física costarían menos de 0.8 dólares por persona. Este bajo costo (comparable con los de otras grandes economías emergentes) ofrece una oportunidad importante para actuar con prontitud con miras a resolver el problema.

Al igual que muchos otros países de la OCDE, en la lucha contra la obesidad México ha dado prioridad a las iniciativas dirigidas a los niños en edad escolar; por ejemplo, cambios en los refrigerios escolares y en las máquinas expendedoras de golosinas, mejores instalaciones para hacer ejercicio y mayor educación en materia de salud. El Pacto por México pone énfasis particular en los niños, con un compromiso para prohibir la comida “chatarra” en las escuelas (compromiso número 2). Los niños con sobrepeso tienen probabilidades desproporcionadamente altas de seguir teniendo sobrepeso como adultos. Las mejoras tempranas a la dieta pueden tener un impacto significativo en los hábitos y los gustos alimentarios que se extienden a la vida adulta. Sin embargo, las políticas que se centran en los niños pueden tardar mucho tiempo en producir un resultado tangible entre la población, como se refleja en la gráfica 7.4, y necesitan acompañarse de medidas dirigidas a adultos que enfrentan un riesgo más inmediato de sufrir enfermedades crónicas. Muchos países también difunden recomendaciones para una mejor nutrición y mensajes que promueven la salud, como el fomento a la “transportación activa”—ciclismo y caminata— así como la recreación activa. En los últimos tres años, algunos gobiernos intensificaron sus acciones para mejorar los regímenes alimenticios y aumentar la actividad física. Las campañas de promoción de la salud se intensificaron, se lanzaron programas

nacionales en Estados Unidos (*Let's Move* [Muévanse Todos]), Reino Unido (*Change4Life* [Cambiar para Vivir]), Suiza (*Actionsanté* [Acción es Salud]) y otros. Se ha recurrido de manera creciente a la colaboración con la industria de alimentos y bebidas (por ejemplo, en el Reino Unido y Suiza) en el diseño y aplicación de medidas para combatir la obesidad, particularmente, la reformulación de productos para evitar los ingredientes no saludables (como grasas saturadas y exceso de sal); la reducción del tamaño de las porciones excesivas y la oferta de alternativas saludables en los menús; la limitación de la publicidad, en especial a grupos vulnerables como los niños, y la información a los consumidores acerca del contenido de los alimentos. Las campañas emprendidas en los países de ingresos medianos no suelen ser tan amplias; a menudo se llevan a cabo como alianzas públicas-privadas y se centran principalmente en el aumento de la actividad física. Ejemplos de esas medidas incluyen el Movimiento Bienestar o el programa *Agita Mundo*, los cuales se llevan a cabo en muchos países de América Latina. La reducción voluntaria de los ácidos grasos trans por parte de la industria, así como la regulación de la publicidad de alimentos para niños son muy limitadas, pero algunos países (por ejemplo, Chile, Colombia, Argentina y Brasil) han iniciado procesos de regulación. Sin embargo, la verdadera novedad de los últimos tres años ha sido un enorme y creciente interés en el uso de medidas fiscales para limitar el consumo de alimentos con alto contenido de grasa, azúcar y sal. Se ha aprobado la legislación respectiva en diversos países de la OCDE (como Dinamarca, Hungría, Francia y Finlandia) y se espera que otros países sigan esta tendencia en el futuro cercano.

México ha mejorado en lo que respecta a otros factores relevantes de riesgo para la salud, como el tabaco y el alcohol, cuyo consumo es más bajo que en la mayoría de los demás países de la OCDE. Sin embargo, los patrones individuales de consumo de alcohol de mayor riesgo (por ejemplo, beber compulsivamente) parecen ser más comunes en México, lo cual es una causa de preocupación.

Mejorar la calidad y la eficiencia de la atención de la salud

Si bien la reforma fiscal deberá ayudar a asegurar fondos suficientes para el sistema de salud (véase el capítulo 2 sobre política fiscal), otra forma importante de abordar las nuevas necesidades de salud, de reducir los déficit de financiamiento y de asegurar una mejor protección financiera, es elevar la eficiencia y la calidad del gasto en salud.

Uno de los mayores retos es mejorar la estructura y organización del sistema. La oferta de servicios de salud en México está aún fragmentada, con un sector privado grande y en su mayoría no regulado, y un sector público dividido en varias instituciones integradas verticalmente que financian y proveen atención médica, cada uno cubriendo a distintos segmentos de la población con diferentes regímenes. Conforme México continúe ampliando el paquete de beneficios del

Seguro Popular, será fundamental propiciar ahorros administrativos y coordinar mejor la atención al atender la duplicación de la administración entre las instituciones y reducir el alto costo administrativo. Actualmente, la coexistencia de numerosos aseguradores integrados verticalmente y la falta de separación entre los aseguradores y los proveedores de servicios de salud a menudo significa que las instalaciones de atención médica se duplican en algunas áreas. México ya ha tomado algunas medidas para la integración de las distintas instituciones de atención de la salud. Por ejemplo, la Secretaría de Salud estableció una base de datos integral de salud, elaboró un sistema de tarifas común a todas las instituciones que prestan servicios de salud, y ciertas compras de medicamentos de patente se hacen conjuntamente entre varios organismos (véase a continuación). Derribar las barreras que actualmente existen entre las instituciones y desarrollar un sistema de salud de base amplia, con un solo paquete de seguro que se aplique a toda la población, mejoraría mucho la eficiencia en la prestación de los servicios de salud. Asimismo, el primer compromiso del Pacto por México se refiere a que la cobertura de servicios de salud se pueda trasladar entre instituciones y se solucione la desigualdad en la calidad y la cobertura de una institución a otra. Estos cambios de gran envergadura requerirán la reforma de los mecanismos de pago para premiar el buen desempeño; por ejemplo, vincular la remuneración a metas de desempeño, así como el financiamiento a la prestación de servicios. Otra medida importante sería fortalecer los sistemas de información compartida, así como la presentación de informes y la rendición de cuentas de todas las instituciones. Las reformas posteriores podrían relacionarse con los acuerdos de contratación entre proveedores e instituciones de financiamiento a fin de permitir a los pacientes tener acceso a servicios de salud por medio del proveedor más adecuado, dada su condición y ubicación, en lugar de hacerlo sobre la base de su afiliación institucional. Sin embargo, en la actualidad, la calidad y la cobertura de la prestación de servicios varía de manera marcada entre instituciones. La posibilidad de unir a las principales instituciones requerirá más que otorgar poder a los pacientes; requerirá también invertir en la fuerza laboral en el sector salud y realizar la transformación hacia un paquete común de servicios de salud basado en la evaluación económica de su eficiencia.

Por último, para cumplir el compromiso contenido en el Pacto por México será importante reducir las diferencias en la calidad de la atención médica en todo el país asignando los limitados recursos a donde más se necesiten. El financiamiento público per cápita sigue estando inversamente relacionado con los indicadores de necesidad, tales como la mortalidad infantil, así como con las áreas geográficas más necesitadas. La atención médica de mala calidad se debe a que el número de médicos y camas de hospital no es suficiente. Pese a que desde 1990 ha habido un gran incremento en la oferta, en 2010 México sólo tenía dos médicos por cada 1000 personas, en comparación con el promedio de la OCDE de 3.1; sólo 2.5 enfermeras en comparación con el promedio de la OCDE de 8.7, y la proporción de camas de

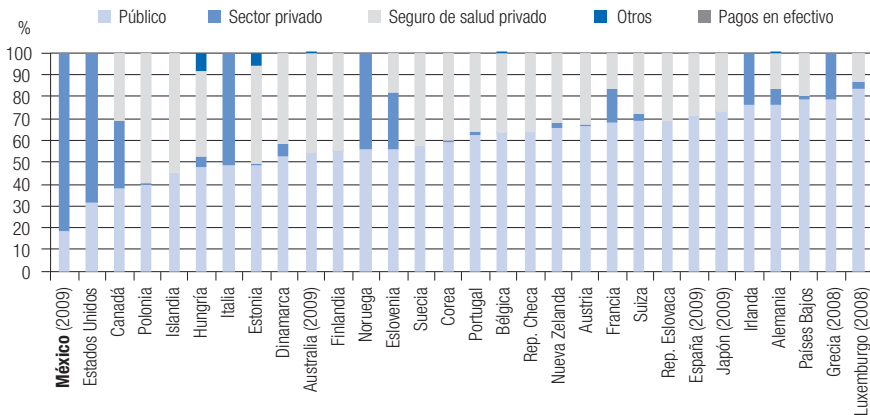
hospital fue menor a la mitad del promedio de la OCDE. También hay disparidades regionales grandes en la densidad de médicos y camas de hospital por población, que es mayor en las principales ciudades (OCDE, 2011a).

El ejemplo de los fármacos

En la mayoría de los países de la OCDE, los medicamentos son parte de la canasta de beneficios cubiertos por el seguro de salud básico y México ha instrumentado políticas para brindar a la población acceso a los medicamentos esenciales, como los define la OMS. La Secretaría de Salud establece listas de reembolsos para la atención primaria (Cuadro Básico), y secundaria y terciaria (Catálogo de Medicamentos), de las cuales las instituciones de seguridad social y el Seguro Popular extraen sus propios “formularios”. Los afiliados a programas de seguridad social o el Seguro Popular tienen derecho a medicamentos gratuitos, siempre y cuando éstos estén incluidos en el formulario de la institución de la que son derechohabientes, sean recetados por un médico que trabaje en el sector público y despachados en una farmacia o establecimiento público (Wirtz, 2011 y 2012).

El gasto en fármacos representa el 27.7% del gasto total en salud y el 1.7% del PIB, superior a los promedios de la OCDE (16.7% y 1.5% respectivamente en 2010). Sin embargo, el 81% del gasto farmacéutico se financia privadamente, sobre todo mediante desembolsos en efectivo (véase la gráfica 7.5). Esto se debe a una combinación de un alto autoconsumo (incluso el autoconsumo de medicamentos que requieren receta médica y que con demasiada frecuencia se venden sin ella) y a una baja disponibilidad de medicamentos en las instituciones públicas.

Gráfica 7.5. **Gasto en medicamentos por fuente de financiamiento en 2010 (o año disponible más próximo)**



Fuente: OECD Health Data 2012.

Además, el mercado de los medicamentos se caracteriza por precios elevados y una gran variación en éstos, de manera señalada entre los distintos estados. Para abordar las ineficiencias del mercado, el gobierno impuso algunos reglamentos para mejorar los métodos de adquisiciones (Knaul *et al.*, 2012). Cada institución tiene su propio proceso de adquisiciones para las compras de genéricos que ocurren a nivel de los 32 estados (Moise y Docteur, 2007), lo que condujo a variaciones de precio elevadas e injustificadas. Una comisión creada en 2008 ha negociado en todo el país los precios de los medicamentos de patente para todas las instituciones públicas, lo que ha generado importantes reducciones de precio y ahorros considerables (Gómez-Dantes *et al.*, 2012). Éste es un paso importante ya que los medicamentos de patente todavía representan más de la mitad de las compras públicas en valor, aunque sólo el 5.5% en volumen (Wirtz, 2011). No obstante, en el mercado privado, la regulación de precios sólo consiste en asignar un precio máximo al consumidor en lo que toca a medicamentos de patente, resultado de acuerdos voluntarios con los fabricantes. Esta regulación da lugar a precios relativamente elevados en México, porque las partes negociadoras usan como referencia los precios pagados por los países que tienen los mayores volúmenes de venta (Moise y Docteur, 2007).

Desde 2011, la OCDE ha apoyado a dos importantes instituciones públicas del sector salud de México, específicamente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en la mejora de sus actividades en el área de adquisiciones (véase el capítulo 4). Esto incluye una revisión completa de su función de adquisiciones y recomendaciones detalladas para aumentar la eficacia, eficiencia e integridad en ambas instituciones (incluso sobre el combate a la corrupción y la manipulación de licitaciones) (OCDE 2011c, 2012b y de próxima publicación). Posteriormente se instrumentaron diversas iniciativas; por ejemplo, la competencia conjunta en 2012 de casi 700 productos médicos (incluidos los medicamentos no patentados) y 600 equipos médicos, de numerosos participantes en el sector de salud pública. El Instituto Mexicano para la Competitividad evalúa que los nuevos proyectos iniciados por el IMSS en 2011 para atender las recomendaciones de la OCDE ya han generado importantes ahorros en los gastos de adquisición de determinados medicamentos, y un aumento del 34% en la participación de los licitantes (IMCO, 2012).

Por último, aunque la disponibilidad de medicamentos en las instituciones públicas ha mejorado (Knaul *et al.*, 2012), éstos siguen representando dos terceras partes de los pagos desembolsados en efectivo por las familias cubiertas por la seguridad social y el 72% de las familias afiliadas al Seguro Popular.

En general, se necesitan más reformas para mejorar la eficiencia en la compra y el consumo de fármacos y así aumentar el acceso a los medicamentos reembolsados públicamente para las familias pobres.

Recomendaciones clave de la OCDE

Promover la calidad y la rentabilidad de la atención al privilegiar las iniciativas de prevención de las enfermedades y promoción de la salud, especialmente para atacar el aumento de la obesidad y la diabetes.

- Asegurar fondos adecuados para el sistema de salud al introducir las reformas fiscales que sean necesarias.
- Reducir las barreras que aún quedan para acceder a los servicios al mejorar la disponibilidad y la calidad de éstos mediante la ampliación progresiva del paquete de atención de la salud cubierto por el Seguro Popular.
- A largo plazo, crear un sistema de salud de base amplia integrado que aplique a todos los mexicanos y sea trasladable de una institución aseguradora a otra.
- Mejorar la compra de medicamentos y su proceso de distribución, así como la regulación del mercado privado. Esto contribuirá a reducir aún más las variaciones de precios entre los diferentes estados y compradores, e incrementar la disponibilidad de medicamentos entre los proveedores de los servicios públicos de salud.
- Aumentar la eficiencia en las prácticas de compra y reducir la incidencia de la manipulación mediante un diseño de licitaciones que limite las oportunidades de prácticas colusorias, así como mediante la capacitación en técnicas de detección temprana de casos de corrupción del personal de adquisiciones en todos los niveles de gobierno.
- Fomentar la eficiencia de los hospitales públicos, adoptando una separación más clara entre las funciones de adquirente y proveedor, así como mecanismos de pago entre instituciones basados en resultados.
- Mejorar la gobernabilidad del sistema al fortalecer los mecanismos de información y los marcos de rendición de cuentas de todas las instituciones e invertir en la capacidad de gestión en todos los niveles del sistema.

Bibliografía adicional

Cecchini, M., F. Sassi, J.A. Lauer, Y.Y. Lee, V. Guajardo-Barron y D. Chisholm. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *The Lancet* 2010; 376(9754), pp. 1775-84.

Gomez-Dantes et al. (2012), "A new entity for the negotiation of public procurement prices for patented medicines in Mexico", *Bulletin of the World Health Organisation*, Vol. 90, pp. 788-792.

IMCO (2012), Evaluación del Acuerdo de Trabajo IMSS-OCDE-CFC - Segunda entrega.

- Knaul, F.M. et al. (2012), The quest for universal health coverage: achieving social health protection for all in Mexico, *Lancet Online*, agosto 16, 2012, consultado por última vez el 5 de octubre de 2012 en <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/S014067361261068X.pdf>
- Moise, P. y E. Docteur (2007), “Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Mexico”, Documento de trabajo del área de salud de la OCDE, núm. 25, París.
- OECD (2005), *OECD Review of Health Care Systems: Mexico*, OECD Publishing, París.
- OECD (2010), *Fit not Fat – Obesity and the Economics of Prevention*, OECD Publishing, París.
- OECD (2011a), *Health at A Glance*, 2011, OECD Publishing, París.
- OECD (2011b), “The labour market effects of social protection systems in emerging economies”, capítulo 2 de *OECD Employment Outlook 2011*, OECD Publishing, París.
- OECD (2011c), *Fighting Bid Rigging in Public Procurement in Mexico*, OECD Publishing, París.
- OECD (2012a), *OECD Health Data 2012*, OECD Publishing, París.
- OECD (2012b), *Public Procurement Review of the Mexican Institute of Social Security – Lo más destacado*, OECD Publishing, París.
- OECD (próximamente), *Public Procurement Review of the State’s Employees’ Social Security and Social Services Institute*, OECD Publishing, París.
- Wirtz, V. (2011), Pharmaceutical pricing and reimbursement in Mexico, cartel presentado en la conferencia del PRI, consultado por última vez el 5 de octubre de 2012 en http://whocc.goeg.at/Downloads/Conference2011/PraesentationenPPRIKonferenz/Day2_morning_Aula_0945_Mexico.pdf
- Wirtz, V. et al. (2012), *Heterogeneous effects of health insurance on out-of-pocket payments expenditures on Medicines in Mexico*, *Value in Health*, vol. 15, pp. 593-603.



From:
Getting It Right
Strategic Agenda for Reforms in Mexico

Access the complete publication at:
<https://doi.org/10.1787/9789264190320-en>

Please cite this chapter as:

Colombo, Francesca, *et al.* (2013), "Política de salud", in OECD, *Getting It Right: Strategic Agenda for Reforms in Mexico*, OECD Publishing, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264190375-9-es>

El presente trabajo se publica bajo la responsabilidad del Secretario General de la OCDE. Las opiniones expresadas y los argumentos utilizados en el mismo no reflejan necesariamente el punto de vista oficial de los países miembros de la OCDE.

This document and any map included herein are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to rights@oecd.org. Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at info@copyright.com or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at contact@cfcopies.com.