

Resumen ejecutivo

Más de diez años después de crear el Seguro Popular y publicar el primer Estudio de la OCDE sobre el Sistema de Salud de México, el sistema de salud mexicano, sin duda, ha logrado avances importantes. Con el Seguro Popular, cerca de 50 millones de mexicanos cuentan con un esquema de aseguramiento público que antes no tenían. Estudios recientes muestran una disminución de los gastos empobrecedores en salud de 3.3% a 0.8% de la población, así como mejoras en algunos indicadores clave como la mortalidad infantil, la mortalidad materna y la mortalidad por ataques cardíacos o accidentes cerebrovasculares. Sin embargo, se han intensificado retos graves y urgentes. Entre 2000 y 2012, las tasas de sobrepeso y obesidad aumentaron de 62% a 71% de la población adulta, mientras que uno de cada tres niños ya tiene sobrepeso u obesidad y más de 15% de los adultos padece diabetes, más del doble del promedio de la OCDE de 6.9%.

Entre 2003 y 2013 la inversión pública en el sistema de salud mexicano aumentó de 2.4% a 3.2% del PIB. Pero hay dudas sobre si este dinero está generando beneficios de salud tangibles. Algunos indicadores importantes sugieren que el sistema de salud mexicano no trabaja de la forma más eficiente posible. Por ejemplo, casi 10% del presupuesto total de salud es gasto administrativo, el más alto de la OCDE.¹ El todavía alto gasto de bolsillo en salud también indica que el sistema de salud no ofrece una cobertura efectiva ni servicios de alta calidad. Tal vez por ello y por otros factores, durante la última década la brecha en la esperanza de vida entre México y otros países de la OCDE desafortunadamente se amplió de cerca de cuatro años a casi seis años.

En este estudio se examinan los motivos por los que la estructura y la organización actuales del sistema no satisfacen cabalmente las necesidades de atención médica de los mexicanos y formula recomendaciones para construir un sistema de salud más sólido, equitativo y sostenible.

Un reto fundamental es que la atención de la salud en México es provista por un conjunto desarticulado de subsistemas. Cada subsistema ofrece diferentes niveles de atención, a precios distintos y con resultados diversos. El acceso a un esquema de aseguramiento público o a una red de proveedores depende de la condición laboral de la población mexicana. Los empleados asalariados del sector privado (y sus familias) están afiliados a un paquete de beneficios y a un conjunto de proveedores que pertenecen al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Sin embargo, al perder su empleo ya no tienen derecho a estas prestaciones y pueden optar por afiliarse al Seguro Popular, con una cobertura distinta y con otra red de proveedores. Si después encuentran trabajo en el gobierno federal, se convertirán en derechohabientes del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y tendrán acceso a otra cobertura y una red diferente de prestadores. Por supuesto, esto resulta perjudicial para la continuidad de la atención. También es muy ineficiente, dado que el usuario

tiene que cambiar repetidamente de institución para atender su salud. Por ello, la configuración actual del sistema de salud mexicano es desfavorable tanto para los usuarios como para los contribuyentes.

El sistema de salud de México debe cambiar para brindar una atención de alta calidad y centrada en las personas

Sin reformas de mayor alcance, México corre el riesgo de mantener un sistema de salud fragmentado con importantes diferencias en el acceso y la calidad, lo que refuerza aún más la profunda inequidad socioeconómica. Un sistema de salud ineficiente e indiferente evitará que México logre la salud, la prosperidad y el progreso que sin duda es capaz de alcanzar en los próximos años. Ahora, cuando se debaten las reformas a la Ley General de Salud de México, es el momento para iniciar un nuevo proceso de reforma de gran alcance como el realizado hace ya más de diez años.

El sistema de salud de México debe transformarse de un conjunto de subsistemas verticales cuyas operaciones están determinadas rigurosamente por legados históricos e institucionales, a uno que responda a las necesidades cambiantes de las personas y las comunidades a lo largo de todo su ciclo vital. Sin embargo, debido a que la reorganización estructural es inviable en el futuro cercano, el enfoque inicial de México debe concentrarse en consolidar los convenios de intercambio de servicios entre las principales instituciones de salud del país, de modo que los subsistemas, al menos desde el punto de vista del usuario, se articulen más. Estos convenios, que se han utilizado de manera esporádica en el pasado, básicamente han permitido que los institutos de seguridad social compren servicios al Seguro Popular para complementar su capacidad resolutoria limitada, sobre todo en servicios como pruebas de diagnóstico, y rara vez ha sucedido lo contrario. Es necesario identificar áreas de oportunidad para ampliar el uso de convenios en los niveles estatal y nacional. Los primeros candidatos podrían incluir cirugías electivas, atención materna u otras intervenciones para las que exista capacidad ociosa. También convendría estandarizar la atención y los precios de los servicios de alto costo, como la diálisis renal o el tratamiento del VIH. Sin embargo, no hay que olvidar la atención primaria y la preventiva. En particular, México debería seguir la experiencia internacional en la definición y costeo de paquetes de atención para enfermedades crónicas como la diabetes.

Para garantizar que los nuevos convenios se caractericen por ser útiles y vigentes, en lugar de quedarse latentes en el papel sin aplicarse, otra medida fundamental sería revitalizar los propósitos de vigilar y mejorar la calidad de la atención de la salud. Debe acelerarse la planeación de un nuevo organismo que monitoree y mejore la calidad. Este organismo nacional, independiente de la Secretaría de Salud y de los institutos de seguridad social, sería responsable de establecer estándares para una atención segura y eficaz para todos los proveedores, incluidos los privados. A este organismo se le atribuirían también facultades para recabar, analizar y publicar indicadores de calidad y resultados, así como compartir buenas prácticas de desempeño y apoyar a las unidades cuyo rendimiento sea deficiente. Esto proporcionará a las personas la información y los incentivos adecuados para elegir a un proveedor de servicios y alentar continuas mejoras de calidad.

También se puede avanzar en una mayor articulación del sistema mediante un foro o una comisión que acerque al Seguro Popular y a los institutos de seguridad social

con miras a enfocarse en asuntos técnicos de interés común. Esta comisión ofrecería una plataforma compartida que permita armonizar las formas de atención, los precios, los sistemas de información y las prácticas administrativas, así como identificar intervenciones en las que pueda estandarizarse la calidad y el precio para permitir el intercambio de servicios. México debería considerar redefinir los paquetes de beneficios que ofrecen los institutos de seguridad social e implementar una separación clara de las funciones del comprador y el proveedor. Conviene también que los compradores demanden mejor información sobre las actividades, los costos y los resultados de los proveedores para asegurar una compra transparente e inteligente y que sólo se financien los servicios de valor alto. Esto sentará las bases para un sistema de salud unido, equitativo y sostenible en el largo plazo.

Nota

1. Desde su publicación en inglés, la metodología para estimar el gasto administrativo ha sido revisada. La cifra estimada del costo administrativo para 2014 es 5.6% del gasto total en salud en México. Ver OECD Health Statistics 2016, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.



From:
OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016

Access the complete publication at:
<https://doi.org/10.1787/9789264230491-en>

Please cite this chapter as:

OECD (2016), "Resumen ejecutivo", in *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016*, OECD Publishing, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264265523-3-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.