

Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México*

Felicia Marie Knaul, PhD,^(1,2) Eduardo González-Pier, PhD,⁽³⁾ Octavio Gómez-Dantés, MSc,⁽⁴⁾ David García-Junco, MSc,⁽⁵⁾ Héctor Arreola-Ornelas, MSc,⁽²⁾ Mariana Barraza-Lloréns, MSc,⁽³⁾ Rosa Sandoval, PhD,⁽⁵⁾ Francisco Caballero, MSc,⁽⁶⁾ Mauricio Hernández-Ávila, PhD,⁽⁴⁾ Mercedes Juan, MD,⁽²⁾ David Kershenobich, MD,⁽⁷⁾ Gustavo Nigenda, PhD,⁽¹⁾ Enrique Ruelas, MD,^(8,9) Jaime Sepúlveda, MD,⁽¹⁰⁾ Roberto Tapia, MD,⁽¹¹⁾ Guillermo Soberón, PhD,⁽²⁾ Salomón Chertorivski, MSc,^{(6)‡} Julio Frenk, PhD.^{(12)‡}

México alcanzará la cobertura universal en salud en 2012. El seguro nacional de salud denominado Seguro Popular, introducido en 2003, garantiza el acceso a un paquete de servicios de salud integrales con protección financiera a más de 50 millones de mexicanos previamente excluidos de la seguridad social. La cobertura universal en México es sinónimo de protección social en salud. Este informe analiza el camino hacia la cobertura universal en sus tres dimensiones de protección: a) contra riesgos para la salud, b) de los pacientes a través de la garantía de calidad de la atención a la salud y c) contra las consecuencias financieras de la enfermedad y las lesiones. Se presenta una discusión conceptual sobre la transición de una seguridad social basada en la condición laboral a la protección social en salud, que implica el acceso a una atención integral de la salud como derecho universal basado en la ciudadanía, plataforma ética de la reforma mexicana. Se describen asimismo las condiciones que llevaron a la reforma, así como su diseño y puesta en marcha, y se discute el proceso de implantación a nueve años de iniciado y las evidencias que dieron origen a actualizaciones y mejoras del programa original. El núcleo del informe se centra en los efectos e impactos de la reforma que se desprenden de la literatura sobre el tema, que incluye artículos científicos y otras publicaciones disponibles. La evidencia indica que el Seguro Popular está mejorando el acceso a los servicios de salud y reduciendo la prevalencia de los gastos en salud catastróficos y empobrecedores, especialmente entre los pobres. Estudios recientes muestran asimismo una mejora en la cobertura efectiva. También se discuten los desafíos prevalentes, incluyendo la necesidad de traducir los recursos financieros en servicios de salud más efectivos, equitativos y sensibles a las expectativas de los usuarios. Se requiere una nueva generación de reformas que incluya medidas sistémicas para consolidar la reorganización del sistema de salud por funciones. El artículo concluye con una discusión sobre las implicaciones de la búsqueda de la cobertura universal de salud en México y su importancia para otros países de ingresos bajos y medios.

* Este artículo es una traducción de: Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, Sandoval R, Caballero F, Hernández-Ávila M, Juan M, Kershenobich D, Nigenda G, Ruelas E, Sepúlveda J, Tapia R, Soberón G, Chertorivski S, Frenk J. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet* 2012;380:1259-1279. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61068-X.

‡ Comparten la última autoría y son líderes de grupo.

- (1) Harvard Global Equity Initiative. Boston, MA, EUA.
- (2) Fundación Mexicana para la Salud. México, DF.
- (3) Instituto Mexicano del Seguro Social. México, DF.
- (4) Instituto Nacional de Salud Pública de México. Cuernavaca, México.
- (5) Comisión Nacional de Protección Social en Salud. México, DF.
- (6) Secretaría de Salud de México. México, DF.
- (7) Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, DF.
- (8) Academia Nacional de Medicina. México, DF.
- (9) Institute for Healthcare Improvement. Cambridge, MA, EUA.
- (10) Global Health Sciences, University of California. San Francisco, CA, EUA.
- (11) Instituto Carlos Slim de la Salud. México, DF.
- (12) Harvard School of Public Health. Boston, MA, EUA.

Autor de correspondencia: Dra. Felicia M Knaul. Harvard Global Equity Initiative. Boston, MA, USA
Correo electrónico: felicia_knaul@harvard.edu

Un tema central en la agenda global es la cobertura universal en salud, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como el acceso universal a servicios de salud integrales a un costo razonable y sin riesgos financieros mediante la protección contra gastos catastróficos en salud.¹

La cobertura universal de salud comprende tres etapas: (1) la *afiliación universal*, término relacionado con el de cobertura legal, que garantiza a todos los ciudadanos el acceso a servicios de salud financiados por un seguro público; (2) la *cobertura universal*, que implica el acceso regular a un paquete de servicios de salud integrales con protección financiera para todos, y (3) *cobertura efectiva universal*, que garantiza a todos, de manera igualitaria, el máximo nivel alcanzable de resultados en salud a partir de un paquete de servicios de alta calidad que también evita las crisis financieras a través de la reducción de los gastos de bolsillo.^{2,3}

Estas etapas suelen ser progresivas pero tienen un importante nivel de traslape. A medida que la afiliación avanza para incluir a toda la población, el paquete de servicios de salud se amplía, lo que aumenta el nivel de protección financiera. Al mismo tiempo mejora la calidad y el sistema se adapta para satisfacer las nuevas demandas. De hecho, el Informe sobre la Salud en el Mundo 2010 destaca los compromisos en tres dimensiones esenciales de la cobertura universal: quién (afiliación), qué servicios y qué proporción de gastos directos (protección financiera).¹

México ha hecho avances significativos en materia de cobertura universal, sobre todo en las primeras dos etapas, tras la reforma Constitucional de 1983 y la reforma en salud de 2003, que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). La tercera etapa es un reto continuo. Al igual que en el resto de los países, la calidad de la atención es un objetivo móvil para México.

En 2012, después de nueve años de implantación de la reforma, el país ha alcanzado un hito en la cobertura universal. En el mes de abril, 52.6 millones de mexicanos que antes no contaban con seguro de salud se incorporaron al SPSS y se alcanzó la asignación presupuestaria para la cobertura universal.⁴ Esta experiencia es importante para otros países que están implantando reformas similares.

El componente más destacado del SPSS es el Seguro Popular. Este plan de seguro público ofrece acceso universal a un paquete integral de servicios personales de salud con protección financiera que garantiza el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud. Este derecho, reconocido por la Constitución mexicana de

1983, hasta ahora se le había negado a la mayoría de la población.

La visión de la reforma fue la reorganización del sistema de salud por funciones, la mejora de la calidad y eficiencia, y la cobertura efectiva universal. La función rectora es la responsabilidad más importante de una secretaría de salud fortalecida, mientras que el financiamiento es responsabilidad de un nuevo seguro público que suplanta a una seguridad social limitada a los trabajadores asalariados. Por último, los servicios son prestados por una pluralidad de proveedores acreditados, públicos y privados.⁵⁻⁷ Esta visión se implementó parcialmente, aunque los continuos retos apuntan a la necesidad de nuevas reformas.

Los primeros pasos de la reforma se discutieron en una serie publicada en la revista *Lancet* en 2006.⁸⁻¹⁴ Con tan solo tres años de experiencia, esta serie se centró en los retos y lecciones iniciales. Desde entonces, su implantación a lo largo de dos administraciones gubernamentales ha producido adelantos importantes en la búsqueda de la cobertura universal. Al mismo tiempo, la expansión de la afiliación y el número de intervenciones incluidas en el paquete de beneficios ha puesto de relieve algunos obstáculos y necesidades insatisfechas.

Este informe analiza el camino hacia la cobertura universal en salud en México, incluyendo los desafíos actuales y las propuestas de política futuras, así como sus implicaciones globales. La primera parte es una discusión conceptual sobre la transición de la seguridad social, basada en el mercado laboral, a la protección social en salud, que es un derecho universal de acceso efectivo a la atención de la salud basado exclusivamente en la ciudadanía como criterio de inclusión.² En la segunda parte se describe el diseño y la fase inicial de la reforma, incluyendo la creación del SPSS, así como las condiciones que la motivaron. En la tercera parte se discute el proceso de implantación con énfasis en la generación de evidencias que permitieron mejorar el diseño original de la reforma. En la cuarta parte se analizan los efectos de la reforma, haciendo uso de toda la literatura publicada y disponible sobre el Seguro Popular. La quinta parte aborda los éxitos y desafíos de la implantación del SPSS. En la sexta parte se discute la futura generación de reformas y las medidas necesarias para reorganizar el sistema mexicano de salud por funciones, y mejorar la integración de sus principales segmentos institucionales para aumentar la eficiencia y garantizar el acceso universal y el ejercicio igualitario del derecho a la protección social en salud. El informe concluye con una discusión de las lecciones aprendidas

en la búsqueda de la cobertura universal y su relevancia para el resto del mundo.

Cobertura universal de salud y protección social en salud

Si la salud es un derecho verdaderamente universal, es esencial desvincular el acceso al seguro de salud del empleo formal y adoptar una visión integral de protección social en salud. Esta visión comprende tres dimensiones principales: (1) la protección contra los riesgos para la salud a través de actividades de vigilancia, prevención, y regulación; (2) la protección de los pacientes a través de la garantía de calidad de la atención médica, y (3) la protección financiera contra las consecuencias económicas de la enfermedad y las lesiones.^{15,16}

La responsabilidad esencial del Estado es la protección de sus ciudadanos contra las amenazas o riesgos: los desastres naturales, la degradación ambiental, la inseguridad y las violaciones de la integridad física y los derechos de las personas.¹⁷ Esto incluye la protección física, medioambiental, legal y civil.

La protección social es una dimensión adicional de esta responsabilidad esencial, que la Oficina Internacional del Trabajo define como “la protección que la sociedad proporciona a sus miembros a través de una serie de medidas públicas”.¹⁸ El fin último de la protección social es ampliar las capacidades humanas que le permiten a los ciudadanos disfrutar plenamente de sus derechos económicos, sociales y culturales.¹⁹ La expansión de estas capacidades amplía la libertad de las personas, fortalece la cohesión social y promueve el bienestar individual y de la población.²⁰

Sin embargo, en muchos países el derecho a los servicios de salud es una prestación laboral a la que sólo tiene acceso la población asalariada. Aunque la seguridad social tradicional es un componente importante de la protección social y permite el acceso a la atención de la salud y a otros programas destinados a la protección de los ingresos familiares, su acceso está restringido. Por lo tanto, concebir la protección social como una prestación laboral tiene importantes limitaciones, tanto para la cobertura universal en salud como para la expansión de otros beneficios sociales. Estas limitaciones son especialmente graves en los países donde una gran parte de la población es no asalariada, trabaja por su cuenta o no participa en el mercado laboral.²¹

El movimiento global para la cobertura universal está promoviendo la transformación de la atención a la salud en un derecho universal, lo que implica una transición de la seguridad social tradicional como una prestación laboral a la protección social universal en salud como

un derecho ciudadano. La traducción de este derecho social a la práctica implica un continuo fortalecimiento de los sistemas de salud para que puedan ofrecer una cobertura efectiva universal.

En México la transformación institucional se habilitó mediante el establecimiento del SPSS a través de una reforma de salud. La cobertura universal de salud es sinónimo de protección social universal en salud e incluye un paquete integral de servicios de salud personales y no personales que abarcan la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. La protección social se distingue de la seguridad social tradicional porque no depende de la participación en el mercado laboral.

La reforma mexicana: diseño y ejecución

La reforma de 2003 estableció un sistema que incorpora las tres dimensiones contenidas en el concepto de protección social en salud: riesgo, paciente y finanzas. En concreto, las intervenciones, instituciones y financiamiento de salud pública están ofreciendo protección contra los riesgos para la salud; las iniciativas que mejoran la seguridad del paciente, la efectividad de los servicios y la capacidad de respuesta del sistema protegen la calidad de la atención de la salud, y el Seguro Popular está ampliando continuamente la protección contra las crisis financieras causadas por la enfermedad y la discapacidad (figura 1).

Orígenes y precursores de la reforma

Hasta principios del presente siglo, el sistema mexicano de salud, como la mayor parte en América Latina, era un sistema segmentado y desigual.²² En el cuadro I y en el panel 1 se describen las características básicas de México y de su sistema de salud. La población asegurada recibía atención médica a través de instituciones federales bien financiadas e integradas verticalmente, mientras que las personas sin seguro recibían atención médica a través de instituciones públicas descentralizadas insuficientemente financiadas.²⁵ Cada institución pública era responsable de la rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios para su propia población. Al mismo tiempo, muchas familias recurrían a los servicios costosos y mal regulados del sector privado. Los hogares –incluso aquellos que contaban con seguridad social– pagaban de su bolsillo por la atención de su salud al recibir el servicio, exponiéndose a gastos excesivos.²⁶

Como es el caso de muchos países, el acceso regular a servicios de salud con protección financiera sólo se garantizaba a los trabajadores asalariados y sus familias a través de la seguridad social. Los trabajadores del sector

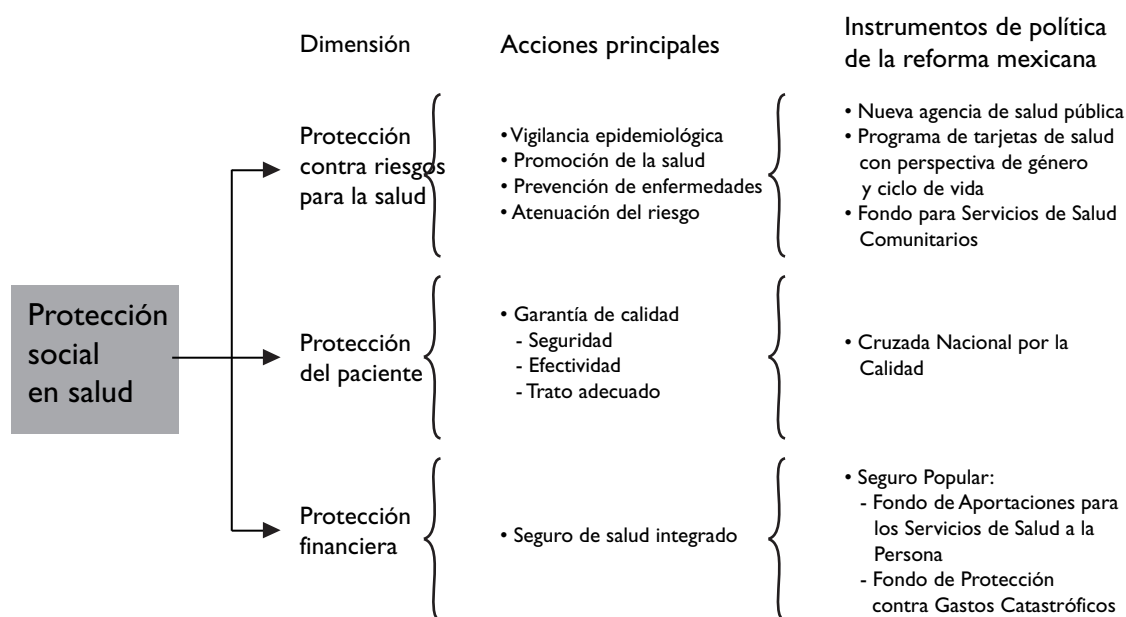


FIGURA 1. DIMENSIONES DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

privado formal se atendían en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), mientras que los trabajadores del Estado recibían atención en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).²⁶

La población no asalariada (trabajadores por cuenta propia, subempleados, desempleados y personas fuera del mercado laboral de forma permanente o temporal y sus familias) por lo general accedía a los servicios de salud a través de la Secretaría de Salud bajo un esquema de asistencia pública. La atención a la salud de esta población se financiaba con asignaciones presupuestarias residuales e inciertas, y los beneficios no eran explícitos. Los servicios de salud no eran integrales y las familias pagaban de su bolsillo, incluso por servicios básicos y medicinas.

La descentralización de los servicios de la Secretaría de Salud, que se produjo entre 1985 y 2000, delegó a los estados la responsabilidad de la prestación de servicios de salud para la población no asegurada. Sin embargo, no se contaba con criterios para orientar la asignación de los recursos federales y las contribuciones financieras de los estados, ni con cuotas estatales para los servicios prestados.²⁷

En 1997 el IMSS aprobó una reforma financiera tanto en el área de salud como en la de pensiones.^{28,29} Uno de los propósitos de esta reforma era reducir las contribuciones sobre la nómina y aumentar la depen-

dencia de los impuestos generales con el fin de reducir la informalidad. Una consecuencia no intencional fue el aumento de la inequidad en la asignación federal de los recursos para la salud, ya que los impuestos generales que se cobran a todos los mexicanos se dirigieron hacia la fuerza laboral asalariada.

Diversas evidencias generadas a lo largo de una década impulsaron a la Secretaría de Salud a centrarse en los aspectos financieros de una posible reforma. A principios de los años noventa del siglo pasado, las primeras cuentas nacionales de salud generaron resultados sorprendentes: más de 50% del gasto en salud era privado. Esto mostraba una dependencia excesiva del gasto de bolsillo, que es ineficiente e inequitativo y expone a los hogares, especialmente a los pobres y no asegurados, a gastos de salud catastróficos y empobrecedores.^{25,30-32} Por esta razón, México tuvo un desempeño deficiente en el rubro de justicia en el financiamiento en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2000.³³

A pesar de que los altos gastos catastróficos ponían en evidencia la exclusión de los pobres de los seguros prepagados y la protección financiera, las familias de todos los niveles de ingresos, incluyendo aquellas que contaban con seguridad social, buscaron un mayor acceso a servicios de alta calidad. Por lo tanto, los gastos de bolsillo eran una función del racionamiento implícito a través de tiempos de espera, escasez de medicamentos, acceso incompleto a los paquetes de servicios cubiertos

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS BÁSICAS, SOCIOECONÓMICAS Y DE SALUD, MÉXICO, 2000-2010

	2000	2004	2008	2010
Demográficas				
Población total (millones)	98.4	103.0	106.7	112.3
Población menor de cinco años (% del total)	11.6	10.5	9.8	9.4
Población con 65 o más años (% del total)	4.7	5.1	5.6	6.2
Esperanza de vida al nacer (años)	74.0	74.5	75.1	75.4
Tasa de fecundidad (nacidos vivos por mujer)	2.4	2.2	2.1	2.1
Población en zonas rurales (%)*	25.2	23.7	21.9	23.2
Socioeconómicas				
PIB per cápita, PPA (constantes de 2005 internacional) [‡]	11 852.7	11 950.3	12 892.8	12 440.9
PIB crecimiento anual (%) [§]	6.6	4.1	1.2	5.5
Índice de Gini [¶]	51.9	46.1	48.3	50.9
Nivel de pobreza tomando como referencia la línea de pobreza nacional (% de la población) [#]	53.6	47.2	47.7	51.3
Nivel de pobreza tomando como referencia dos dólares por día (PPA; % de la población)	15.1	7.6	5.2	5.7
Tasa de participación de los jóvenes en la fuerza de trabajo (% de la población con 15 años o más) ^{&}	60.3	60.6	61.8	61.7
Tasa de conclusión de educación primaria, total (% del grupo de edad relevante) [°]	98.0	99.0	104.0	NA
De salud				
Mortalidad infantil (tasa por cada 1 000 nacidos vivos)	18.2	17.6	15.2	14.1
Mortalidad de niños menores de cinco años (muertes por cada 1 000 nacidos vivos)	28.5	20.5	17.9	16.8
Mortalidad asociada con enfermedades transmisibles, materna, perinatal y asociada con nutrición (%)	15.4	13.4	11.6	10.8
Mortalidad por enfermedades no transmisibles (%)	70.7	73.8	75.3	74.8
Tasa de prevalencia de anticonceptivos (% de mujeres entre 15 y 49 años) [°]	70.0	73.0	72.5	NA

PIB= Producto Interno Bruto

PPA= Paridad de Poder Adquisitivo

ND= no disponible

* Poblaciones en localidades con menos de 2 500 habitantes

‡ PIB convertido a dólares internacionales usando tasas de PPA

§ Tasa de crecimiento porcentual anual del PIB a precio de mercado basada en divisa local constante. Conjuntos basados en 2000 dólares constantes.

¶ Mide la distribución del ingreso de personas u hogares dentro de una economía. Mide el grado en que se desvía de una distribución perfectamente equitativa. Un índice de Gini de 0 representa igualdad perfecta, mientras que un índice de 100 supone desigualdad perfecta

Tasa de pobreza medida como el porcentaje de la población que vive por debajo de la línea de pobreza patrimonial definida por el Consejo Nacional de Evaluación de Política Social (Coneval). Coneval describe la pobreza patrimonial como "insuficiencia de los ingresos disponibles para comprar la canasta básica, así como hacer los gastos necesarios en salud, ropa, hogar, transporte y educación, incluso si los ingresos totales del hogar fueron utilizados sólo para la compra de estos bienes y servicios"

& La tasa de participación de la fuerza laboral es la proporción de la población con un mínimo de 15 años que es económicamente activa

° Número de nuevos participantes en el último año de educación primaria, independientemente de la edad, expresado como porcentaje de la población total de la edad de entrada teórica en el último año de escuela primaria. Este indicador también se conoce como tasa bruta de admisión al último año de educación primaria. La tasa puede pasar de 100% porque hay niños cuya edad está por encima o por debajo del límite, y hay quienes entran a la escuela primaria a muy temprana edad o muy tarde o repiten el curso

° Tasas de prevalencia de anticonceptivos en el porcentaje de mujeres usuarias o cuya pareja sexual utiliza cualquier forma de anticoncepción, y se mide en mujeres casadas entre 15 y 49 años de edad. Para la fuente de datos, véase el apéndice en web del artículo original publicado en Lancet

y mala calidad de la atención.⁵ Irónica y desafortunadamente, gran parte de este gasto fue a parar a manos de los proveedores privados que ofrecían servicios no regulados de baja calidad.

En resumen, la reforma de 2003 fue motivada en gran medida por los desequilibrios que requerían de una armonización financiera de los proveedores pú-

blicos. Además, antes de 2003, el sistema se caracterizó por el reducido gasto total en salud, el predominio del gasto privado de bolsillo, la asignación inequitativa de recursos públicos entre asegurados y no asegurados y entre estados, la desigual contribución estatal al financiamiento de la salud, y la inversión insuficiente en equipamiento e infraestructura.⁹ Estos desequilibrios,

Panel I
VISIÓN GENERAL DE MÉXICO, 2000-2010

La población de México creció de 98 millones a 112 millones entre 2000 y 2010. En vista del proceso de transición demográfica, la fecundidad disminuyó y llegó a un nivel cercano al de reemplazo, la proporción de la población de cinco años y menos cayó por debajo de 10% y la población de edad avanzada aumentó de 4.7 a 6.2%.

En general, los indicadores de salud mejoraron de manera consistente a lo largo de la década. La esperanza de vida se elevó a más de 75 años de edad, la mortalidad infantil se redujo de 18.2 a 14.1 muertes por cada 1000 nacidos vivos y la mortalidad en niños menores de cinco años disminuyó de 28.5 a 16.8 muertes por cada 1000 nacidos vivos.

México ha pasado por una transición epidemiológica acelerada, polarizada y prolongada.²³ La carga de la enfermedad se ha orientado hacia las enfermedades no transmisibles y las lesiones que representaban menos de un tercio de la mortalidad en 1950, 85% en 2000 y casi 90% en 2010.

A pesar de la crisis económica de la última parte de la década, el producto interno bruto (PIB) per cápita creció 5% en términos reales. En 2008 la tasa de crecimiento se redujo a 1.2% y fue negativa en 2009 (-6.2%). La proporción de la población que vive en condiciones de pobreza disminuyó entre 2000 y 2010. Sin embargo, durante los periodos intermedios de crisis, la pobreza aumentó. El coeficiente de Gini mejoró de manera similar y luego se agravó con la crisis.

La recuperación de la crisis ha sido impresionante.²⁴ En 2010 el PIB creció 5.5% y alcanzó 3.9% en 2011.

típicos de muchos países de ingresos bajos y medios, impidieron que el sistema de salud pudiera enfrentar los desafíos del envejecimiento y la presencia creciente de las costosas enfermedades crónicas y las lesiones.

La creación del SPSS implicó una importante reforma legislativa centrada en la reestructuración financiera para corregir estos desequilibrios. La ley, aprobada por una amplia mayoría del Congreso en abril de 2003, entró en vigor en 2004.^{9,34}

El objetivo general de la reforma de 2003 era lograr la cobertura universal mediante la inclusión de más de 50 millones de mexicanos que habían sido excluidos de la seguridad social pública. El objetivo de la cobertura universal implicaba el compromiso de aumentar el gasto en salud en un punto porcentual del producto interno bruto (PIB), principalmente a través de la movilización de recursos públicos. La Ley General de Salud estableció un periodo de transición hasta 2011, que después se amplió a 2012, para un proceso gradual de afiliación y de ampliación de la capacidad para absorber los recursos adicionales. El Seguro Popular garantizó por ley el acceso a un paquete explícito y amplio de servicios esenciales, así como a un paquete de intervenciones más costosas y especializadas asociadas con enfermedades y condiciones de salud específicas.

Innovaciones para promover la protección de los pacientes y combatir los riesgos para la salud

La reforma financiera se complementó con medidas de fortalecimiento de la oferta que incluyeron una reforma de la gestión hospitalaria, planes para mejorar el suministro de medicamentos, sistemas de información orientados a resultados, un plan maestro de infraestructura en salud y la evaluación de tecnologías.

La salud pública también se fortaleció a través de los siguientes instrumentos: (1) un fondo para servicios comunitarios; (2) un conjunto de cartillas para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (parecidas a las cartillas de vacunación) con perspectiva de género y ciclo de vida; (3) una reorganización completa de las actividades regulatorias a través de la creación de una nueva agencia de salud pública, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), encargada de vigilar la seguridad y eficacia de los nuevos medicamentos y dispositivos médicos, la regulación de la seguridad alimentaria, la aplicación de las normas medio ambientales y de salud ocupacional, y el control de la comercialización de sustancias peligrosas como el alcohol y el tabaco, y (4) mayores inversiones en salud pública para mejorar la seguridad a través de la vigilancia epidemiológica y la mejora de la capacidad de respuesta a emergencias, desastres naturales, pandemias y actos de bioterrorismo.³⁵

La creación de la Cofepris fue clave en el fortalecimiento de la función rectora de la Secretaría de Salud. Un ejemplo es el diseño y la implantación de medidas para el control del tabaco, que incluyen la prohibición de la publicidad en medios de comunicación, la creación de una Ley General para el Control del Tabaco y el aumento de los precios de este producto. Las inversiones en materia de vigilancia epidemiológica, laboratorios estatales de salud pública y preparación frente a posibles contingencias fueron cruciales para enfrentar la crisis de la gripe H1N1 de 2009.^{36,37}

Otro elemento fundamental en el fortalecimiento de la rectoría fue la ampliación de las funciones del Consejo de Salubridad General, un órgano colegiado en el que participan representantes de todo el sector de la salud y cuyo presidente es designado por el Presidente

de la República. El Consejo estaba encargado de definir y actualizar el paquete de intervenciones de alto costo, la certificación de los proveedores de atención de la salud y, más recientemente, el diseño de estrategias de prevención de enfermedades no transmisibles.³⁸

El programa central en materia de protección del paciente fue la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. El propósito de este programa era mejorar la seguridad del paciente y el trato que recibían los usuarios, coordinar la acreditación de unidades y la certificación de los proveedores de servicios, poner en marcha iniciativas para mejorar la calidad, medir la calidad técnica e interpersonal, y llevar a cabo evaluaciones comparativas del desempeño de estados e instituciones de salud.³⁹

Otra innovación importante fue la creación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (Cenetec) en 2004. Este centro produce información y facilita el uso de evidencias para la inversión y el uso de las tecnologías médicas, y coordina el diseño de guías de práctica clínica. Cenetec ha alcanzado reconocimiento internacional y es un centro colaborador de la OMS.

Innovaciones para promover la protección financiera

Dentro de las innovaciones financieras introducidas por el SPSS destaca la separación del financiamiento de los servicios personales y los relacionados con bienes públicos (incluyendo los servicios de salud no personales).⁴⁰ Esta separación se introdujo para proteger los servicios de salud pública, que tienden a correr peligro en las reformas que amplían la cobertura de seguros.⁴¹

Los fondos de toda la población sin acceso a la seguridad social se agregaron y se dividieron en cuatro componentes: (1) rectoría, información, investigación

y desarrollo; (2) servicios de salud comunitarios; (3) servicios esenciales de salud personales o clínicos y (4) intervenciones de salud catastróficas de alto costo (cuadro II).

El presupuesto regular de la Secretaría de Salud financia la actividades de rectoría, la investigación, la generación y difusión de información, y el desarrollo de los recursos humanos. El Fondo de Servicios de Salud Comunitarios cubre la promoción de la salud, las campañas de vacunación, la prevención primaria, la detección temprana, la vigilancia epidemiológica, y las actividades de control y protección de riesgos. Para evitar la erosión de los fondos a medida que avanza la reforma, los servicios cubiertos se definen explícitamente y se amplían año con año, aunque el financiamiento está sujeto a una negociación presupuestaria anual.

El financiamiento de los servicios personales o clínicos, por el contrario, se basa en una lógica de seguro público centrado en la agregación de riesgos, contribuciones en función de la capacidad de pago, subsidios progresivos financiados con impuestos generales y el derecho explícito a un conjunto de intervenciones de salud.²¹ El instrumento diseñado por la reforma para el financiamiento de estos servicios es el Seguro Popular.

El derecho explícito a un paquete de servicios específicos constituye un hito. Los recursos que sustentan el régimen de seguro se dividen entre un conjunto de intervenciones esenciales que se prestan en el ámbito ambulatorio y los hospitales generales financiado a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASSP) y un paquete de alto costo, que incluye las intervenciones que prestan proveedores especializados y que se financia a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC, panel 2).¹⁰ Recientemente se añadió a estos beneficios una

Cuadro II
FONDOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD POR TIPO DE BIENES DE SALUD

<i>Fondo</i>	
Bienes públicos	
Rectoría	Presupuesto regular de la Secretaría de Salud
Información, investigación y recursos humanos	Presupuesto regular de la Secretaría de Salud
Servicios de salud comunitarios	Fondo para Servicios de Salud Comunitarios
Servicios personales de salud	
Servicios esenciales de salud (Seguro Popular)	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona
Servicios de salud para niños y recién nacidos	Seguro Médico para una Nueva Generación*
Servicios especializados y de alto costo	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

Adaptado de Frenk J y colegas

* Para la fuente de datos, véase el apéndice en web del artículo original publicado en *Lancet*

Panel 2

COBERTURA FINANCIERA Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA INTERVENCIONES CATASTRÓFICAS

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) cubre intervenciones costosas y especializadas a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) haciendo uso de 8% de los recursos anuales asignados al Seguro Popular, que pueden complementarse a través de contribuciones para fines específicos. Estos recursos se gestionan a través de un fideicomiso administrado a nivel federal por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), agencia responsable de la implantación y operación del Seguro Popular. Las intervenciones sujetas a cobertura provienen de una lista de intervenciones identificadas previamente por el Consejo de Salubridad General como aquellas que pueden ser financieramente catastróficas para un paciente individual. La CNPSS reembolsa a los proveedores con tarifas preestablecidas para cada intervención. Sólo las intervenciones explícitamente cubiertas por el fondo y entregadas por proveedores certificados son susceptibles de reembolso.

La creciente complejidad de la evolución y funcionamiento del FPGC se refleja en el número de intervenciones cubiertas y la cantidad de casos. La asignación presupuestaria anual para el FPGC ha aumentado más de 12 veces entre 2004 y 2011 con el crecimiento del número de afiliados. En 2011 los recursos asignados a este fondo ascendieron a 700 millones de dólares y siguen aumentando.⁴²⁻⁴⁴

En 2004 sólo seis intervenciones relacionadas con cuatro enfermedades (VIH/SIDA, cáncer cérvicouterino, leucemia linfoblástica aguda en niños y adolescentes, y cirugía de cataratas) estaban cubiertas. Para finales de 2011 la cifra había llegado a 57 intervenciones con una expansión planificada ya para el año 2012. Las intervenciones cubiertas actualmente están asociadas con un conjunto cada vez mayor de enfermedades y trastornos de salud que incluyen, entre otros, todos los cánceres de la infancia, mama, cuello del útero, próstata y testicular, trasplante de córnea, infarto agudo de miocardio en adultos menores de 60 años, y las malformaciones congénitas y adquiridas susceptibles de cirugía. El número total de casos reembolsados por año aumentó de 2 661 en 2004 a 172 945 en 2011.⁴²⁻⁴⁴ En este último año las mayores cuotas del presupuesto correspondieron a los antirretrovirales contra el VIH (alrededor de 40%), cáncer de mama (cerca de 25%) y cuidados intensivos neonatales (alrededor de 15%).⁴⁴

serie de intervenciones dirigidas específicamente a los niños y recién nacidos, que incluye nuevas vacunas, y que se agrupan bajo el término Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG).

Las diferencias en salud o estatus socioeconómico no se toman en consideración y las cláusulas sobre preexistencias están prohibidas en el proceso de afiliación. Esto elimina la selección de riesgos basada en las necesidades de salud. De acuerdo con la nueva ley, los paquetes de intervenciones esenciales y de alto costo deben ampliarse progresivamente.⁴⁵ Al incrementarse el financiamiento fue posible combinar la cobertura horizontal de un número cada vez mayor de beneficiarios con la expansión vertical de las intervenciones y los derechos (figura 2).

La arquitectura financiera del Seguro Popular se diseñó para aumentar la equidad en la aplicación de los fondos federales entre las poblaciones con y sin seguridad social. De hecho, esta arquitectura se armonizó con la del IMSS producto de la reforma de 1997.⁴⁶ En 2007, el ISSSTE también se reformó y reestructuró siguiendo criterios similares. Como resultado, las contribuciones son parecidas en las tres instituciones, lo que allana el camino para la creación de un fondo de salud y un pagador únicos.

Al igual que el IMSS y el ISSSTE, el financiamiento del Seguro Popular es tripartito. En ausencia de un patrón, la responsabilidad financiera básica recae en los gobiernos federal y estatales. El gobierno federal hace una contribución social de aproximadamente 70 dólares (847 pesos mexicanos) por persona. Además de esta contribución, junto con los gobiernos estatales, hace una contribución solidaria. En promedio, la contribu-

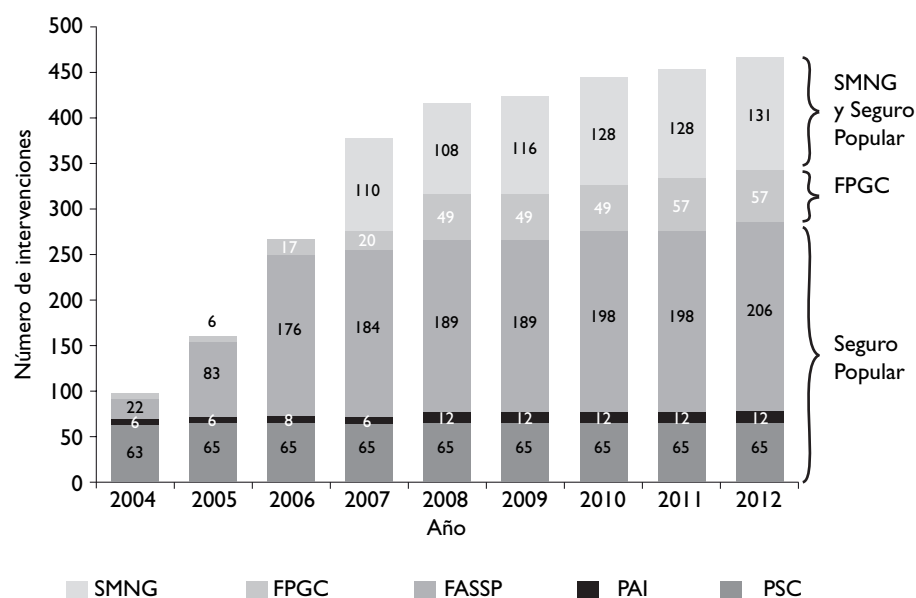
ción solidaria federal es 1.5 veces la contribución social, mientras que la contribución solidaria estatal asciende a la mitad de la contribución social. El afiliado también contribuye en función de sus ingresos, aunque la ley exime a los hogares más pobres. Originalmente los hogares de los dos deciles de menor ingreso no contribuían y ahora los hogares no contributivos son los que se ubican dentro de los cuatro deciles de menor ingreso. Las familias de los deciles IV-VII que cuentan con una mujer embarazada o un niño pequeño tampoco contribuyen.

El financiamiento a los estados depende de la demanda ya que se determina en gran parte por la afiliación al Seguro Popular. La aportación federal se asigna a los estados mediante el uso de una fórmula basada en las personas afiliadas, las necesidades de salud y el desempeño. Esta fórmula legalmente obligatoria constituye una innovación respecto al presupuesto anterior inercial y subjetivo que dependía de negociaciones políticas.

La afiliación de los segmentos más pobres de la población, que residen tanto en zonas rurales como urbanas, la facilitó la existencia de *Oportunidades*, un programa social de gran escala que ofrece transferencias monetarias condicionadas.⁸ Este programa nació en 1997 y cubre a 5.8 millones de familias, la mayoría pobres.⁴⁷ Además, los estados tienen el incentivo para afiliarse a toda la población para ampliar sus presupuestos.

Implantación de la reforma de salud en México

Las reformas de los sistemas de salud no son procesos lineales. Como fue el caso de México, la continua reformulación de las políticas basada en evidencias estimula



Para la fuente de datos, véase el apéndice en web del artículo original publicado en Lancet

SMNG: Seguro Médico para una Nueva Generación (niños nacidos después del 1° de diciembre de 2006 y hasta cinco años de edad)

FPGC: Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

FASSP: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona

PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones

PSC: Paquete de Salud Comunitaria

FIGURA 2. EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA VERTICAL: NÚMERO ACUMULADO DE INTERVENCIONES CUBIERTAS POR EL SEGURO POPULAR, EL FONDO DE PROTECCIÓN CONTRA GASTOS CATASTRÓFICOS, EL FONDO PARA SERVICIOS DE SALUD COMUNITARIOS Y EL SEGURO MÉDICO PARA UNA NUEVA GENERACIÓN, 2004-2012

y guía su aplicación. Por ejemplo, el SMNG, que se lanzó en diciembre de 2006, fue un programa focalizado del gobierno del presidente Felipe Calderón y constituyó un gran respaldo al Seguro Popular. De hecho, el SMNG se convirtió en un instrumento eficaz y políticamente relevante para hacer crecer el SPSS.

El SMNG tejió nuevas oportunidades en el tapiz de los beneficios cubiertos y de los beneficiarios, y se constituyó en un complemento importante del FPGC y el Seguro Popular. El FPGC se basó en la cobertura acelerada de las enfermedades e intervenciones específicas y el Seguro Popular generó una expansión gradual horizontal de la cobertura por grupos de población, mientras que el SMNG utilizó ambas plataformas en un enfoque diagonal.

El SMNG generó un financiamiento adicional que permitió la ampliación del fondo catastrófico para los recién nacidos y los niños menores de cinco años y aceleró la cobertura del Seguro Popular para las familias de esos niños. En 2007 se añadieron 110 intervenciones para los recién nacidos. Para 2012, el programa ya cubría 131 intervenciones y había crecido seis veces para afiliarse

a 5.9 millones de niños (figura 2). El SMNG se ha visto reforzado por la educación selectiva y la sensibilización en temas como la lactancia materna y la estimulación infantil temprana. El financiamiento proporcionado por el SMNG fue esencial para la universalización de las vacunas conjugadas contra rotavirus y neumococo.

Otra actualización importante fue la reformulación de la unidad de reembolso por parte del Seguro Popular al cambiar el criterio de familiar a individual. Hasta 2010, la definición de la unidad familiar incluía el jefe de la familia, el cónyuge o pareja, los hijos (menores de 18 años, estudiantes o discapacitados), y los padres mayores de 64 años. Esta definición de la unidad familiar permitió la afiliación de las personas mayores de 18 años dentro de la misma casa como unidades familiares unipersonales. Las auditorías del padrón mostraron un número de familias unipersonales y pequeñas inscritas mayor al esperado.⁴⁸ En algunos estados se llegaba al extremo de dividir a las familias que viven en una misma casa para aumentar el número de afiliados y, en consecuencia, la transferencia de recursos federales, poniendo en riesgo la salud financiera del Seguro Popular.

Además, el financiamiento para la reforma se calculó sobre la base de un tamaño promedio de familia nuclear de 4.3 miembros, lo que no captaba los descensos continuos o variaciones en el tamaño de la familia en todos los estados. Como resultado, la asignación por persona fue mayor para los estados más ricos, donde el tamaño promedio de la familia es menor que en los estados más pobres, lo que contribuyó a las desigualdades.⁴⁹

La unidad de financiamiento se redefinió en 2010 a través de una modificación de la Ley General de Salud, y pasó de ser una cápita por familia a una cápita por persona inscrita. Con la ley revisada, el ritmo de afiliación ganó impulso.⁵⁰ Además se estableció un fondo de compensación especial para permitir la transición de aquellos estados en los que las nuevas normas de reembolso requerían grandes ajustes presupuestarios.

Sin embargo, la cobertura universal resultó inalcanzable en 2010. Esto se debió en parte a la crisis económica y a la epidemia de gripe H1N1 que redirigieron recursos originalmente destinados al Seguro Popular a la compra de vacunas contra la gripe y medicamentos antivirales, y al apoyo de otras medidas para hacer frente a la epidemia. A esto habría que agregar los problemas para afiliar a ciertos grupos de población, como las personas de altos ingresos y la poca capacidad de oferta en los entornos rurales. Como resultado, la línea de tiempo y presupuesto para alcanzar la cobertura universal se extendió de diciembre de 2010 a diciembre de 2011.⁵⁰

Otro ajuste importante fue la implantación de los controles de gastos para los estados. Los 32 gobiernos estatales son responsables de gastar 89% de los recursos totales del Seguro Popular para financiar la entrega del paquete básico de intervenciones de salud. En los acuerdos firmados entre el gobierno federal y cada estado se establecieron normas claras sobre la transferencia anual y la asignación de los recursos. Debido al alto grado de heterogeneidad en el uso de recursos entre estados,⁵¹ desde 2008 las regulaciones para el uso de los recursos federales y los acuerdos anuales de servicio limitan los gastos por partidas. Los estados pueden gastar un máximo de 40% de la asignación federal total en personal y 30% en medicamentos, materiales y otros insumos.

También fue necesario regular los precios de compra de medicamentos ya que había grandes variaciones incluso para medicamentos genéricos que no podían explicarse por las condiciones del mercado local o los volúmenes ofertados.⁵² Esto obligó a un mayor seguimiento de las compras, la integración de la información y el diseño de mejores directrices para la adquisición eficiente de los medicamentos por parte de los estados. Se establecieron asimismo precios de referencia y como consecuencia los estados ya no pueden comprar medi-

camentos con fondos federales a precios que estén más de 20% por encima de este nivel. Para los medicamentos con patente, los estados pueden beneficiarse de los precios negociados por la Secretaría de Salud federal, el IMSS y el ISSSTE. Algunos estados, sin embargo, siguen comprando a precios muy por encima de los precios de referencia, lo que sugiere la necesidad de mejoras adicionales en los mecanismos de compra.⁵³

La corresponsabilidad –el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de las obligaciones– es un elemento clave de la reforma mexicana. En el diseño inicial de la reforma, el principal instrumento de corresponsabilidad era el cofinanciamiento familiar. Conforme avanzó el proceso de afiliación se hizo evidente que sólo unos pocos afiliados –alrededor de 1% de las familias a finales de 2011– estaban pagando la cuota familiar.⁴⁴

Una nueva modalidad de corresponsabilidad se introdujo a través de la promoción de la salud y una estrategia de chequeos del bienestar. *Consulta Segura* es una parte integral de la respuesta del gobierno mexicano dirigida a incrementar la cobertura de inmunizaciones y enfrentar los factores de riesgo más importantes, incluyendo los comportamientos no saludables (consumo de tabaco y alcohol), la obesidad y la hipertensión arterial para así prevenir enfermedades crónicas y catastróficas.⁵⁴

El examen médico es obligatorio al momento de la afiliación o la reafluencia y por lo tanto anima a los beneficiarios a invertir en el mantenimiento de su propia salud. Está diseñado para completarse en 10 minutos y se integra al proceso de afiliación, que normalmente se lleva a cabo en un hospital local o en las clínicas donde se han establecido los módulos.

El objetivo de esta estrategia es construir un perfil de riesgo de cada beneficiario, promover un cambio de la atención curativa a la atención preventiva, y generar un registro y un sistema para la detección temprana de enfermedades. La estrategia cuenta con cinco componentes: privacidad protegida con contraseña; registro de huellas dactilares de todos los beneficiarios mayores de 10 años de edad; detección básica de riesgos para la salud; atención médica dirigida en respuesta a los resultados del control, y sistema de información en salud integrado útil para el desarrollo de futuros registros de salud electrónicos. *Consulta Segura* se ha expandido rápidamente y ya cuenta con más de 11 millones de personas registradas y casi 5 millones de exámenes realizados.

Las previsiones presupuestarias para la prevención primaria también se han reforzado. A partir de 2008, los presupuestos anuales obligan a los estados a invertir 20% de todos los fondos del Seguro Popular en prevención, lo que complementa el fondo de salud para la comunidad gestionado por el gobierno federal.⁵⁴

Efectos de la reforma

En esta sección se discuten los efectos de la reforma sobre indicadores de estructura y proceso, incluyendo los del mercado laboral, desarrollo económico y financiamiento. También se discuten los impactos en la cobertura efectiva, el estado de salud, el trato adecuado y la protección financiera.⁵⁵ Las evidencias de investigaciones publicadas y datos recopilados recientemente por el gobierno mexicano se presentan en el panel 3.

Disponibilidad, distribución y asignación de recursos financieros

Las cifras de las cuentas nacionales de salud hablan de una mejoría en los desequilibrios financieros (cuadro III). El gasto total en salud creció de 4.4% del PIB en 1990 a 5.1% en 2000 y 6.3% en 2010.⁶⁴ El gasto total en salud per cápita aumentó en dólares de paridad de poder adquisitivo (USDppa) de 508 en 2000 a 959 en 2010, mientras que el gasto público en salud per cápita

Panel 3

ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO Y BASES DE DATOS

Para documentar el progreso en los objetivos instrumentales e intrínsecos del Seguro Popular se hicieron búsquedas en Medline, PubMed y Google Scholar con las palabras clave “Seguro Popular”, “Sistema de Protección Social de Salud” y “Seguro Popular de Salud”. A través de esta búsqueda se identificaron 533 documentos. En un segundo filtro se añadió “México” y “efectos” o “impacto”, que redujo el tamaño de la lista a 184 documentos. Aunque podría haber trabajos inéditos, se puede afirmar que hay 83 artículos disponibles en revistas con revisión de pares, 27 internacionales y 56 nacionales.

Los 58 documentos que analizan los efectos o impactos del Seguro Popular se clasificaron atendiendo a los criterios del marco de la OMS 2000 para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud.³³ Siete estudios analizan los impactos sobre las condiciones de salud, cuatro sobre el trato adecuado y diez sobre la protección financiera. En otros tres se examinan los efectos en la rectoría, 11 en el financiamiento, tres en la generación de servicios, 14 en los insumos y servicios, y seis más en otros sectores, específicamente el mercado laboral.

Además, se accedió a varias bases de datos de forma directa o a través de la información utilizada en evaluaciones periódicas solicitadas por la Secretaría de Salud. Estas bases de datos incluyen la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares,⁵⁵ la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID)⁵⁶ y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT).⁵⁷ Para la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición se revisaron los datos de 2000, 2006 y 2012, aunque de la encuesta de 2012 sólo se disponía de estimaciones a nivel nacional porque era reciente.

También se analizaron los datos de reportes administrativos y las evaluaciones llevadas a cabo por la Secretaría de Salud. Estos datos incluyeron una tercera ronda de evaluación del Seguro Popular publicada solamente en informes de dicha secretaría.⁵⁸ Se trata de datos parciales (debido a problemas de desgaste de la muestra) útiles para el seguimiento de la evaluación experimental llevado a cabo en el periodo 2005-2006.⁵⁹

La mayoría de los estudios y datos disponibles ofrecen resultados descriptivos; además, algunos de los datos sólo están disponibles a nivel nacional y la mejoría general no puede atribuirse exclusivamente al Seguro Popular. Aunque no sea reciente y sólo abarca once meses del Seguro Popular, la evaluación experimental de 2005-2006 permite hacer atribuciones causales.⁵⁹ También se cuenta con varios estudios que utilizan técnicas econométricas para analizar los resultados y la causalidad.⁶⁰⁻⁶³

La disponibilidad de datos, y en particular de la ENSANUT 2012, debe generar un nuevo grupo de estudios. Además, una nueva ronda de la evaluación 2005-2006 junto con un análisis econométrico más detallado de la evaluación de seguimiento de 2008⁵⁸ podría arrojar luz sobre los avances del Seguro Popular.

Cuadro III

EVOLUCIÓN DE LOS DESEQUILIBRIOS FINANCIEROS DEL SECTOR SALUD, MÉXICO 2000-2010

Indicador		2000	2004	2010
Nivel	Gasto en salud como porcentaje del PIB	5.1%	6.0%	6.3%
Origen	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud	50.9%	51.7%	47.1%
Distribución	Relación del gasto público per cápita entre aquéllos cubiertos por la seguridad social y aquéllos sin seguridad social	2.1 a 1.0	2.1 a 1.0	1.2 a 1.0
Distribución	Relación del gasto en salud federal per cápita en el estado con el valor más alto y el estado con el valor más bajo	6.1 a 1.0	4.3 a 1.0	3.0 a 1.0
Contribución estatal	Variabilidad en las contribuciones del estado al financiamiento de la atención a la salud (coeficiente de variación)	1.0	0.8	0.7
Asignación de fondos	Porcentaje del presupuesto de la SS dedicado a inversión	3.3%	3.1%	4.4%

Para la fuente de datos, véase el apéndice en web del artículo original publicado en *Lancet*

PIB= Producto Interno Bruto

SS= Secretaría de Salud

ta se incrementó de 237 a 469 USDppa en ese mismo periodo.

Las brechas entre gasto público y privado están empezando a cerrarse. El gasto público como porcentaje del gasto total en salud aumentó de 46.6% en 2000 a 48.9% en 2010.⁶⁴

Los recursos públicos adicionales se han destinado principalmente a instituciones que atienden a la población previamente no asegurada. Entre 2000 y 2010 el presupuesto de la Secretaría de Salud aumentó 142% en términos reales, mientras que los presupuestos del IMSS y el ISSSTE crecieron 42 y 103%, respectivamente. Esto redujo las brechas entre los mexicanos que cuentan con seguridad social y los que no. La razón del gasto público per cápita se redujo de 2.1 en 2000 a 1.2 en 2010.^{65,66}

La asignación de los recursos federales entre los estados también ha mejorado. En 2000 la diferencia entre el estado que recibía la mayor asignación de recursos federales per cápita y el estado menos favorecido fue de 6.1 a 1; en 2010 era de 3 a 1 (cuadro III). Las variaciones en las contribuciones estatales para el financiamiento se redujeron ligeramente, como lo demuestra la pequeña caída en el coeficiente de variación entre 2000 y 2010.⁶⁷ Además, la proporción del gasto público total financiado por los estados ha aumentado lenta pero consistentemente desde la creación del Seguro Popular.⁶⁸ Por último, los recursos dedicados a la inversión han aumentado en términos absolutos. Como proporción del presupuesto de la Secretaría de Salud, la inversión creció de 3.3% en 2000 a 4.4% en 2010.⁶⁹

Mercados laborales y desarrollo económico

Una de las preocupaciones sobre el Seguro Popular es si ha estimulado a ciertos sectores de la fuerza laboral a evadir impuestos y cotizaciones a la seguridad social, lo que podría poner en riesgo el crecimiento económico a largo plazo. Los estudios llevados a cabo para analizar este tema sugieren que el riesgo es pequeño y la preocupación está mal formulada.¹⁵ Conceptualmente, el trabajo no asalariado no es equivalente a informalidad, que a su vez se ha considerado típicamente como sinónimo de evasión del sector formal, el empleo asalariado y los impuestos.⁷⁰ El Seguro Popular se dirige a todos los trabajadores no asalariados que no pueden acceder a la seguridad social porque no tienen un patrón. Este grupo es mucho más grande que el correspondiente a la población informal; incluye a los trabajadores independientes, a los profesionales y a los trabajadores agrícolas, así como aquellos que no participan en la fuerza laboral (como las amas de casa y los ancianos).¹⁵

La mayor parte de los trabajos indican que el efecto del Seguro Popular en el empleo asalariado y formal es,

a la fecha, inexistente, pequeño o limitado a subgrupos específicos de la población.⁷¹⁻⁷⁷ Sólo dos de los nueve estudios disponibles encontraron un efecto negativo relativamente pequeño sobre la afiliación a la seguridad social.^{78,79} Además, el movimiento no se da del trabajo formal hacia afuera sino dentro del trabajo no asalariado.

El análisis causal del Seguro Popular requiere de plazos largos. Este seguro se desarrolló en respuesta a la desigualdad estructural y la ineficiencia que prevalecían en el sistema mexicano de salud y que ya afectaba a los mercados laborales. De hecho, un objetivo de la reforma de 1997 del IMSS fue la reducción de la informalidad. El metaanálisis sugiere que las futuras preguntas de investigación y política, dados los numerosos efectos positivos del Seguro Popular, deben considerar la manera de minimizar los efectos sobre el mercado laboral. Esto incluye mejorar el desempeño del IMSS.⁸⁰

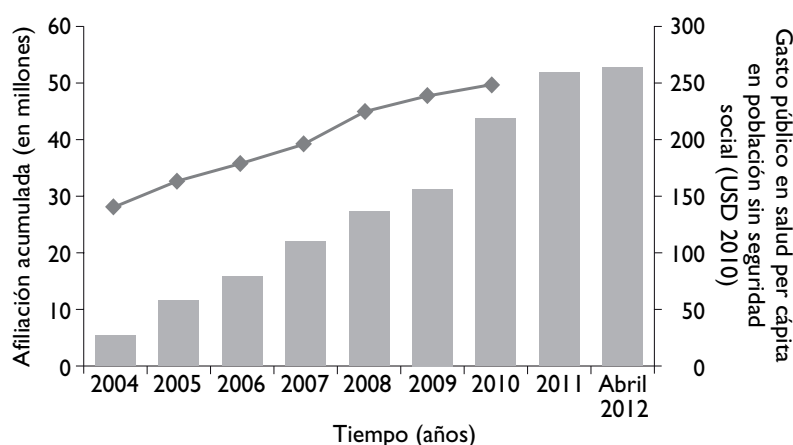
Desde una perspectiva ética, negar el acceso a la atención de la salud sobre la base del tipo o ausencia de empleo es indefendible e innecesario. Hay instrumentos de política que estimulan el empleo asalariado sin afectar la atención a la salud. De hecho, el desempeño del mercado laboral depende en gran parte de políticas que rebasan el ámbito de la salud, como la sobrerregulación.⁸¹

Es necesario un enfoque a largo plazo para conceptualizar y eventualmente medir el impacto total del Seguro Popular en los mercados laborales y el desarrollo económico. La inversión en salud puede estimular la productividad y catalizar las inversiones en educación.⁸²⁻⁸⁵ Aunque es demasiado temprano para medir el efecto total del Seguro Popular en la productividad del mercado laboral y el crecimiento económico a través del mejoramiento de la salud, este efecto muy probablemente supere los pequeños impactos de corto plazo sobre la informalidad.

Servicios cubiertos y afiliación

La cobertura de los seguros de salud públicos mejoró sustancialmente entre 2002 y 2011. La cifra de afiliados al Seguro Popular llegó a 52.6 millones en abril de 2012 (figura 3). La mayoría pertenece a los cuatro deciles de ingreso más pobres, 35% reside en comunidades rurales (en comparación con 22% a nivel nacional) y cerca de 9% pertenece a comunidades indígenas (en comparación con 6% a nivel nacional).^{44,86}

En 2002 más de 60 millones de mexicanos no contaban con ningún tipo de protección financiera en salud institucional. Aunque existe un debate sobre la población con seguro de salud, sobre todo del IMSS, una estimación conservadora del número total de mexicanos con seguro de salud en 2002 arroja 41.5 millones (38.7



Para la fuente de datos, véase el apéndice en web del artículo original publicado en *Lancet*

FIGURA 3. EVOLUCIÓN DE LA AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR, MÉXICO, 2004-2012

millones con seguridad social y 1.8 millones exclusivamente con seguro privado).^{87,88} En 2010 la afiliación a la seguridad social había aumentado a 59.2 millones, y los afiliados al Seguro Popular alcanzaron 43.5 millones.^{44,89} En 2011, 8.3 millones de personas se afiliaron al Seguro Popular. Por lo tanto, si se toma en consideración la cobertura duplicada entre regímenes de seguro, cerca de 110 millones –casi 98% de mexicanos residentes en el país– contaban con un seguro de salud a finales de 2011.⁸⁶ Además, el presupuesto de 2012 de la Secretaría de Salud es suficiente para asegurar que todos los que no cuentan con seguridad social, considerando el crecimiento de la población, pueden estar afiliados voluntariamente al Seguro Popular. Por lo tanto, en 2012 México está en camino de alcanzar la cobertura universal.

Tanto la afiliación como el número de intervenciones de cada paquete se han expandido continuamente (figura 2 y panel 2). El paquete de servicios esenciales, por ejemplo, pasó de 91 intervenciones en 2004 a 283 en 2012, abarcando el tratamiento de más de 95% de las causas de atención en las unidades ambulatorias y los hospitales generales de la Secretaría de Salud.

Infraestructura de salud, recursos humanos y disponibilidad de medicamentos

La infraestructura de salud –tanto de la Secretaría de Salud y como de la seguridad social– creció durante la última década. Entre 2001 y 2011 se construyeron 15 centros de alta especialidad así como más de 200 hospitales y casi 2 000 clínicas ambulatorias.^{90,91} Asimismo, se renovaron o equiparon más de 4 000 unidades de salud.

Con recursos del Seguro Popular se contrató, además, personal adicional.⁹² La razón de médicos (generales y especialistas) por unidad de población aumentó 54% entre 2004 y 2010, en comparación con 7% entre 2000 y 2004. Además, la disponibilidad de enfermeras aumentó 29% entre 2004 y 2009, en comparación con una disminución de 1% entre 2000 y 2004.^{52,93,94}

Sin embargo, la expansión de la base de recursos humanos sigue siendo un reto, especialmente en un sistema de salud descentralizado. La mayor parte de los nuevos empleados fueron contratados inicialmente por los estados con contratos por honorarios de corto plazo. La situación mejoró cuando los salarios se estandarizaron, se extendieron los términos de contratación y se introdujeron las prestaciones legales obligatorias.⁵² Los desequilibrios iniciales creados por el exceso de contratación de empleados administrativos se pudieron corregir.

El financiamiento del Seguro Popular también se ha utilizado para ampliar el acceso a los medicamentos esenciales. En 2002 los usuarios de servicios ambulatorios de la Secretaría de Salud reportaron niveles de surtimiento completo de recetas de 55%, que aumentaron a 62% en 2011.^{95,96} En las instituciones de seguridad social, la proporción de recetas surtidas completamente también aumentó durante el mismo periodo de 70 a 87%.⁹⁷

Utilización de servicios de salud

De acuerdo con datos de la ENSANUT 2006, los afiliados al Seguro Popular tenían una mayor probabilidad de uso

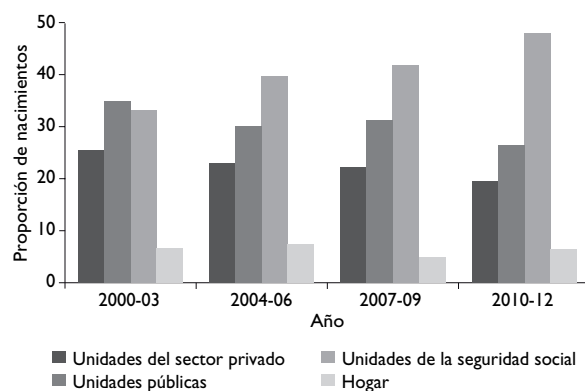
de los servicios, condicionada a la necesidad percibida, que las personas sin seguro.^{13,98} La Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado de 2006, realizada en 74 hospitales a nivel nacional, mostró que los afiliados al Seguro Popular tenían una mayor probabilidad de utilizar los servicios hospitalarios para cirugías electivas, diabetes e hipertensión que los no asegurados.⁹⁹ Otro estudio mostró un aumento en la probabilidad de visitar una unidad de salud.⁶⁰

El uso de los servicios para la atención del parto también se incrementó entre 2000 y 2012. La proporción de nacimientos en unidades privadas se redujo de 25 a 19%, y en las unidades de la seguridad social de 35 a 26%. En contraste, el uso de las unidades de la Secretaría de Salud con ese fin aumentó de 32 a 48% (figura 4).

Por el contrario, la evaluación 2005-2006 del Seguro Popular⁵⁹ no mostró ningún efecto medible en el uso de servicios. Sin embargo, en la evaluación de seguimiento 2008, las familias afiliadas al Seguro Popular registraron 3.3 consultas médicas por año, cifra significativamente más alta que las registradas por los hogares no afiliados al Seguro Popular y similar a la de las familias con seguridad social.^{58,100}

Impacto en la cobertura efectiva y las condiciones de salud

Tanto la mortalidad materna como la infantil continúan descendiendo. La mortalidad en niños menores de cinco años se redujo de 47.1 por 1 000 nacidos vivos en 1990, año de referencia para los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), a 16.7 en 2010.⁶⁸ Las proyecciones indican que México cumplirá con el objetivo ODM 4 antes de 2015.^{101,102}



Datos calculados por los autores con base en fuentes de datos citadas en el apéndice en web del artículo original en *Lancet*

FIGURA 4. PARTO POR TIPO DE UNIDADES DE ATENCIÓN, MÉXICO 2000-2012

Las intervenciones para reducir la mortalidad materna están dirigidas a los ODM 4 y 5. *Arranque Parejo en la Vida*, un programa nacional lanzado en 2001, incluye un componente de maternidad segura que fortalece las redes de atención e insumos, pero sobre todo es una fuente segura de abastecimiento de sangre. También se han tomado medidas especiales para ampliar la cobertura de atención prenatal y el acceso a los partos institucionales, con énfasis en el diagnóstico oportuno, los embarazos de alto riesgo y las respuestas de emergencia. Las muertes maternas, además, se han analizado de manera más estrecha, incluso, a través de autopsias verbales. La mortalidad materna se redujo sustancialmente de 90.4 por cada 100 000 nacidos vivos en 1990 a 51.5 en 2010. Sin embargo, para cumplir con el ODM 5 se requerirán reducciones adicionales que parecen difíciles de alcanzar.

Las mejoras en la mortalidad materna y en la mortalidad en menores de cinco años han sido mayores en los no asegurados previamente que entre los beneficiarios de la seguridad social. La mortalidad en niños menores de cinco años disminuyó 11% en la población previamente no asegurada y 5% entre los afiliados a las instituciones de seguridad social. La mortalidad materna se redujo 32% en la población sin seguridad social, en comparación con 3% en la población con seguridad social (cuadro IV).

La cobertura y la cobertura efectiva (cuando se puede medir)³ han aumentado. Entre 2000 y 2006 mejoró la cobertura de atención prenatal y del parto, inmunizaciones (BCG [Bacillus de Calmette-Guérin], DPT [difteria, tosferina y el tétanos] y sarampión), atención de prematuros, tratamiento de las diarrea e infecciones respiratorias agudas en niños, mamografía, detección de cáncer de cuello uterino y tratamiento de la hipertensión. Las mejoras se concentraron en los estados más pobres y en los deciles de ingreso más bajos.^{11,103}

En el indicador compuesto de cobertura efectiva de diversas intervenciones, en 2006 los afiliados al Seguro Popular mostraron niveles significativamente más altos que los no asegurados.¹³ Los afiliados a la seguridad social presentaron cifras de cobertura efectiva compuesta significativamente mayores que los no asegurados en 2000, pero en 2006 las diferencias ya no fueron significativas. Al controlar por las diferencias observables, los afiliados al Seguro Popular mostraron una cobertura significativamente mayor que los no asegurados en el tratamiento de la hipertensión arterial, mamografía, detección de cáncer de cuello uterino e infecciones respiratorias agudas en niños. Para las intervenciones cubiertas por los programas nacionales de largo plazo (es decir, la inmunización infantil) las diferencias fueron, como se esperaba, no significativas.

Cuadro IV
EVOLUCIÓN DEL CIERRE DE LAS BRECHAS ENTRE GRUPOS DE POBLACIÓN,
EN CONDICIONES DE SALUD Y PROTECCIÓN FINANCIERA, MÉXICO 2004-2010

	2004			2010			Porcentaje de cambio	
	Seguridad social*	Sin seguridad social*	Diferencia [‡]	Seguridad social*	Sin seguridad social*	Diferencia [‡]	Seguridad social*	Sin seguridad social*
	(a)	(b)	(c=a/b)	(d)	(e)	(f=d/e)	$(g=[(d/a)-1] \times 1000)$	$h=[(e/b)-1] \times 1000)$
Condiciones de salud: mortalidad								
Muertes en niños menores de cinco años (por 1 000 nacidos vivos)	12.8	25.0	0.5	12.1	22.3	0.5	-5.2	-11.0
Muertes maternas (por 100 000 nacidos vivos)	28.7	72.2	0.4	27.9	48.9	0.6	-2.9	-32.3
Protección financiera								
Gastos de bolsillo en salud como proporción de ingresos totales de los hogares (%)	3.0	4.4	0.7	2.6	3.2	0.8	-14.2	-27.6
Gastos de bolsillo en salud por hogar como proporción del ingreso disponible (%)	3.7	5.9	0.6	3.3	4.6	0.7	-10.8	-21.9
Porcentaje de hogares con gastos en salud catastróficos	1.5	3.6	0.4	1.4	2.8	0.5	-10.0	-20.6
Porcentaje de hogares con gastos en salud empobrecedores	0.2	2.1	0.1	0.1	1.6	0.1	-51.9	-25.0

Datos calculados por los autores con base en fuentes de datos citadas en el apéndice en web del artículo original en *Lancet*

* Seguridad social se refiere a la población cubierta por instituciones de seguridad social, mientras que sin seguridad social se refiere a poblaciones sin acceso a la atención de salud a través de instituciones de seguridad social, que sería la población previamente no asegurada

‡ Las brechas corresponden a la razón de los valores observados para los asegurados por la seguridad social divididos entre el valor correspondiente a aquéllos previamente no asegurados. Se interpreta como el número de veces que el valor para los asegurados por la seguridad social excede el valor de aquellos previamente no asegurados. Cuanto más cerca a uno, mayor es la igualdad entre grupos de población

Cuadro V
COBERTURA DE INTERVENCIONES EN SALUD ESPECÍFICAS, MÉXICO,
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN (ENSANUT) 2006 Y 2012

	2006	2012	Diferencia
Vacunación contra el sarampión en niños (18 y 59 meses)	92.0	90.1	-1.9*
DTP en niños (18 y 59 meses)	85.6	88.0	2.4*
Vacunación con el Bacilo Calmette-Guérin (BCG) en niños menores de cinco años	97.8	97.1	-0.6
Atención prenatal por personal capacitado	69.1	81.3	14.0*
Atención especializada del parto	94.9	91.8	-1.5
Tratamiento de infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años [‡]	58.1	63.8	5.7*
Tratamiento de diarrea en niños menores de cinco años	59.2	61.3	2.1*
Detección de cáncer de mama en mujeres entre 40 y 69 años de edad (mamografía)	21.6	20.1	-1.5
Detección de cáncer de cuello uterino en mujeres entre 25 y 64 años	43.8	48.5	7.3*

Datos calculados por los autores con base en fuentes de datos citadas en el apéndice en web del artículo original en *Lancet*

* Diferencias significativas

‡ El indicador difiere de Lozano y colaboradores porque sólo se limita a terapias de rehidratación oral empaquetadas

Los datos de las ENSANUT 2006 y 2012 muestran mejoras adicionales (cuadro V). La cobertura para el sarampión y la BCG se ha mantenido alta y cerca del mismo nivel (90.1% para el sarampión y 97.1% para la BCG), y ha aumentado algunos puntos para la DPT (88%). El tratamiento de la diarrea se ha incrementado

ligeramente y existen mejoras alentadoras y significativas en la cobertura de infecciones respiratorias agudas en niños menores de cinco años.

La atención del parto por personal calificado alcanzó 94.9% en 2006 y 94.4% en 2009, según la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (Enadid) de 2009.^{11,104}

La ENSANUT muestra que las tasas siguen siendo de 92%, y sugiere una mejora importante en la cobertura de atención prenatal, de 67.3% en 2006 a 81.3% en 2012 (cuadro V y panel 4).

Se han realizado progresos en la prevención, detección temprana y tratamiento del cáncer cérvico-uterino, aunque los estados más pobres del sur siguen presentando una mayor incidencia y mortalidad que los menos pobres.¹⁰⁸⁻¹¹⁰ La cobertura y detección aumentaron de 30% en 2000 a 43.8% en 2006 y 48.5% en 2012 (cuadro V).¹³ Además de los exámenes citológicos tradicionales, en 2008 la Secretaría de Salud empezó a llevar a cabo pruebas para identificar secuencias de ADN del virus del papiloma humano.⁶⁸ Entre 2008 y 2010 la vacuna de este virus se aplicó por primera vez a las adolescentes de los 125 municipios más pobres. A partir de 2012, la vacuna se aplica a todas las niñas mexicanas de nueve años de edad.

El acceso al tratamiento del cáncer de mama muestra signos alentadores. En 2010 el FPGC financiaba el tratamiento de más de 17 000 mujeres.¹¹¹ No se cuenta con datos nacionales, pero las cifras del centro público especializado en cáncer más grande del país, el Instituto Nacional de Cancerología, indican una mayor adherencia.¹⁰⁹ En 2005 aproximadamente 30% de las 600 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama abandonó el tratamiento al año. En 2010 menos de 1% de las 900 mujeres diagnosticadas con esta enfermedad abandonó el tratamiento.¹¹² El paquete de servicios cubiertos es amplio—el trastuzumab, por ejemplo, se incluyó en 2008.¹¹³ Sin embargo, la mayoría de los pacientes con cáncer de

mama empieza el tratamiento en etapas avanzadas. Datos de la ENSANUT muestran que las tasas de detección se han mantenido constantes en alrededor de 20%.

Los fondos del Seguro Popular para el cáncer en niños se canalizan a la compra de medicamentos, a los centros regionales de excelencia y a la formación en oncología pediátrica. El abandono del tratamiento se ha reducido a 5% (de alrededor de un tercio entre 2000 y 2005) y las tasas de sobrevivencia para la leucemia linfoblástica aguda a los 30 meses—cubierta desde 2005—han aumentado a más de 60% en varios de los hospitales acreditados. Sin embargo, las diferencias en los resultados entre los diferentes hospitales nos hablan de oportunidades de mejora.^{114,115}

Entre 2000 y 2006, los adultos hipertensos y diabéticos afiliados al Seguro Popular mostraban una probabilidad significativamente mayor de recibir tratamiento que los no asegurados.^{61,62} Por otra parte, los afiliados del Seguro Popular con diabetes presentaron mejores niveles de glucosa en sangre.⁶² Estos datos muestran una mejoría importante durante el periodo de reforma. Aunque no se puede establecer una relación de causalidad a partir de los datos disponibles sobre mortalidad y cobertura, valdría la pena investigar una probable asociación con la expansión del Seguro Popular.

Trato adecuado

En la encuesta hecha por el Seguro Popular en 2005-2006,⁵⁹ 69.8% de sus afiliados calificaron los servicios de salud recibidos como buenos o muy buenos, 85% aprobaron

Panel 4

COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD EFECTIVA Y DINÁMICA: INMUNIZACIONES AMPLIADAS E INVERSIÓN EN SALUD INFANTIL

En 1989 estalló en Canadá una epidemia de sarampión que finalmente llegó a México. Las consecuencias fueron fatales en la población mexicana que sufría de desnutrición. En EUA 120 de los 55 000 casos notificados murieron. En México fallecieron más de 6 000 niños menores de cinco años. La mayor parte de estos casos se concentró en los estados más pobres del país.¹⁴

De acuerdo con la opinión dominante en esos momentos, una dosis de la vacuna contra el sarampión con una cobertura de 80% en la población infantil hubiera sido suficiente para prevenir la epidemia. Además, los registros administrativos en México estaban sobreestimando la cobertura efectiva y dando una falsa percepción de seguridad.

Esta epidemia impulsó la acuñación del término “equidad inmunológica”, que se lograría a partir de un programa de vacunación universal cuyo audaz objetivo era “todos los niños, todas las vacunas” antes de octubre de 1992.

La poliomielitis y el sarampión fueron eliminados. Las principales intervenciones de salud pública disponibles en ese tiempo—vacunas, vitamina A, albendazol, terapia de rehidratación oral—se entregan desde entonces tres veces al año a todos los niños en todas las comunidades.

Esta política de salud pública se ha ampliado en las sucesivas administraciones, lo que ha dado lugar a mejoras cuantificables en la salud y la nutrición de los niños mexicanos.¹⁴ Además, existe un conjunto integrado de plataformas de atención a la salud dirigida a los niños que incluye programas a nivel nacional y transferencias monetarias condicionadas como *Oportunidades*, que ha tenido efectos cuantificables en el desarrollo de los niños.^{105,106}

Desde la reforma de 2003, el paquete de vacunación se ha ampliado y ahora comprende 12 vacunas, incluidas las de rotavirus, neumococo y virus del papiloma humano. A partir de 2011, dos dosis de la vacuna de este último virus se incluyeron en el Seguro Popular para las niñas.

La implantación del Seguro Popular se ha traducido en una inversión integral en salud infantil que desde diciembre de 2006 incluye una amplia gama de tratamientos y servicios. Todos los recién nacidos están cubiertos por el Seguro Médico para una Nueva Generación. De hecho, el gasto a través del Seguro Popular en los niños menores de 16 años de edad aumentó de 12 millones de dólares en 2007 a 102.6 millones en 2011, y el número de niños cubiertos pasó de alrededor de 800 000 a 5.8 millones.¹⁰⁷

la comunicación con los proveedores, 94% calificaron el tratamiento prescrito como bueno y 97% pensaban en afiliarse de nuevo.⁵⁹

La Secretaría de Salud tiene la obligación legal de llevar a cabo encuestas nacionales representativas entre los afiliados al Seguro Popular. En 2011, 97% de alrededor de 22 000 personas entrevistadas en una encuesta de salida del establecimiento de salud se declararon satisfechos con los servicios recibidos y más de 95% elogiaron la calidad interpersonal y la facilidad para obtener una cita. Casi todos (99%) dijeron que se reafiliarían, 30% porque no tenían que pagar por los servicios y 24% por la calidad de la atención.¹¹⁶ Al comparar 2004 con 2011, la percepción del tratamiento de atención primaria mejoró ligeramente, así como el acceso a la información proporcionada por el médico de atención primaria.¹¹⁶ El tiempo de espera para la atención ambulatoria disminuyó, pero en las salas de urgencias aumentó.¹¹⁷

De la misma manera, la ENSANUT muestra mejoras entre 2006 y 2012 en la percepción del cuidado. El porcentaje de usuarios que calificó la atención como buena o muy buena se incrementó de 79.1 a 84.6%.

También se ampliaron las certificaciones y las acreditaciones. Entre 2004 y 2010 el número de unidades

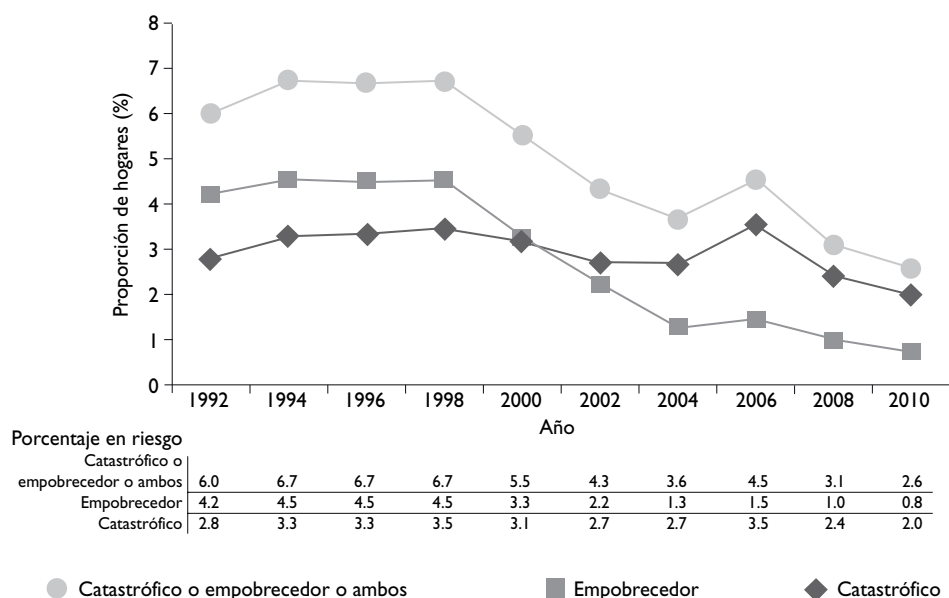
acreditadas aumentó de 9 592 a 12 743 unidades, lo que ayuda a los pacientes a identificar los servicios de alta calidad.¹¹⁸

Existen iniciativas regionales independientes que también han estado recolectando información sobre la satisfacción con el Seguro Popular. El Latinobarómetro, por ejemplo, consideró al Seguro Popular como la política más benéfica implantada en México en los últimos años.¹¹⁹

Protección financiera

Hay evidencias que muestran avances importantes en la reducción de los gastos en salud catastróficos (GSC) (mayores a 30% del ingreso disponible) y los gastos en salud empobrecedores (GSE) (que empujan a los hogares por debajo del umbral de pobreza o que los sumen aún más en la pobreza). Los gastos en salud con efectos catastróficos o empobrecedores de 1992 a 2010 muestran una tendencia a la baja a largo plazo (figura 5).^{12,120} En 2000, 3.1% de los hogares mostró GSC y 3.3% GSE. En 2010 estos valores se habían reducido a 2% para los GSC y 0.8% para los GSE.

Además, las diferencias entre hogares con y sin seguridad social están disminuyendo (cuadro IV). La parte



Datos calculados por los autores con base en fuentes de datos citadas en el apéndice en web del artículo original en *Lancet*

* El gasto catastrófico se mide como 30% o más del ingreso disponible, que a su vez se define como el gasto total del hogar menos el gasto en alimentos. El gasto empobrecedor es todo gasto en salud que empuja a los hogares por debajo de la línea de pobreza o que sume aún más en la pobreza a un hogar pobre

FIGURA 5. TENDENCIAS DEL GASTO EN SALUD CATASTRÓFICO Y EMPOBRECEDOR EN MÉXICO, 1992-2010*

diferencial de gastos de bolsillo en los ingresos de los hogares y los GSC cayó para todos los grupos entre 2004 y 2010, sobre todo para familias sin seguridad social. Los GSC cayeron de 0.2 a 0.1% para hogares con seguridad social y de 2.1 a 1.6% para el resto de la población.

Llama la atención la notable caída de los GSC a pesar de la pequeña reducción en los niveles del gasto de bolsillo en salud. Esto sugiere que hay hogares que tienen gastos de bolsillo pero por montos que no ponen en riesgo su bienestar económico o su capacidad para cubrir sus necesidades básicas.

Los análisis de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) indican que los gastos de bolsillo de los pobres y los afiliados al Seguro Popular bajaron. Del total de gastos de bolsillo, 13.7% en 2002 y 12.8% en 2004 provinieron de 40% de los hogares más pobres. En 2010 este valor había bajado a 11.4%. Los porcentajes fueron de 58.2% en 2002, 52.8% en 2004 y 35.7% en 2010 para los no asegurados y los afiliados al Seguro Popular.

Los resultados de las encuestas de 2005 y 2006 muestran que el Seguro Popular está reduciendo los gastos de bolsillo y ampliando la protección financiera, sobre todo en los hogares más pobres, con una reducción de 23% a partir del punto de referencia en los GSC.^{59,121} Estos resultados se confirmaron en el seguimiento de 2008.^{58,100} Los afiliados al Seguro Popular presentaban una probabilidad mucho menor de gastar en medicamentos o servicios ambulatorios que los hogares con seguridad social o los hogares sin protección financiera. Los hogares afiliados al Seguro Popular también mostraban una prevalencia de GSC mucho más baja que la de los hogares no afiliados y moderadamente más baja que la de los hogares con acceso a seguridad social.

Diversos estudios recientes confirman este efecto protector del Seguro Popular, especialmente en hogares urbanos y para la prescripción de medicamentos, y en áreas rurales con acceso a establecimientos de salud.⁶³ Aun así, los estudios ponen de relieve el reto persistente de proteger los hogares en áreas rurales remotas con acceso muy limitado a servicios de salud.

Retos del SPSS

El Seguro Popular está cerrando las brechas que existen entre grupos de población en lo que se refiere al financiamiento de la salud. La brecha en la distribución de recursos públicos per cápita se redujo más de 70% entre 2004 y 2010 (cuadro VI).

No obstante, la movilización de fondos adicionales para extender la cobertura de seguros de salud es una condición necesaria pero no suficiente para ampliar el

acceso a servicios integrales de salud y disminuir la dependencia de los gastos de bolsillo. La movilización de recursos financieros adicionales para mejorar el acceso regular a servicios integrales y de alta calidad –los objetivos últimos de una cobertura efectiva universal– es un reto enorme. Mientras el acceso universal no incluya un nivel de calidad aceptable y garantizado, el ejercicio igualitario del derecho a la protección de la salud seguirá siendo una meta elusiva y seguirá aumentando el gasto de bolsillo. Además, sin una utilización eficiente de los recursos actuales no se podrá generar el espacio fiscal necesario para enfrentar la carga de las enfermedades crónicas.

Se han reducido las diferencias e inequidades en el financiamiento público entre instituciones y, por ende, entre poblaciones. Sin embargo, la dependencia del gasto de bolsillo como fuente de financiamiento de la atención a la salud no ha disminuido sustancialmente. El gasto de bolsillo persiste (aunque la prevalencia de gastos catastróficos haya disminuido) porque las familias siguen teniendo problemas de acceso y calidad. Estos obstáculos se deben a la pobre oferta de ciertos insumos importantes, sobre todo recursos humanos y organizacionales.

Uno de los objetivos de la reforma era reducir las diferencias en el financiamiento público entre los no asegurados y aquellos que tenían acceso a la seguridad social, objetivo que fue ampliamente alcanzado. Entre 2000 y 2010 el gasto de bolsillo promedio como proporción del ingreso disponible descendió. La mayor parte de la reducción se produjo entre la población que no tenía seguro (que después se afilió al Seguro Popular), de 6.3% en 2000 a 5.9% en 2004 y 4.6% en 2010. En contraste, el gasto de bolsillo de los hogares con seguridad social no se modificó.

Sin embargo, la reducción de los gastos de bolsillo ha sido menos que proporcional al aumento en los recursos financieros (cuadros V y VI). Los gastos privados siguen representando alrededor de 50% del gasto total en salud (cuadro III). Esto significa que las familias siguen dependiendo del gasto de bolsillo, aunque en niveles que generan menos GSC.

También se han reducido las diferencias en el acceso a servicios de salud entre los que tienen seguridad social y los previamente no asegurado y que hoy cuentan con Seguro Popular. La ampliación del acceso se asocia con una mayor utilización de servicios. El acceso a consultas externas y servicios hospitalarios se ha ido ampliando con el tiempo entre los previamente no asegurados, aunque las tasas de utilización siguen siendo más elevadas entre los beneficiarios de la seguridad social. Lo mismo ocurre con las consultas de especialidad. La diferencia en el acceso a consultas con médicos especialistas está

Cuadro VI
AVANCES EN LA REDUCCIÓN DE LAS BRECHAS ENTRE POBLACIONES POR FUNCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

	2004			2009-2010*			Porcentaje de cambio		
	Seguridad social (a) [‡]	Sin seguridad social (b)	Diferencia [§] (c=a/b)	Seguridad social [‡]	Sin seguridad social (e) (d)	Diferencia [§] (f=d/e)	Seguridad social [‡] (g=[(d/a)-1]x100)	Sin seguridad social (h=[(e/b)-1]x100)	Avance en la reducción de las brechas (%) [#]
Financiamiento									
Recursos públicos per cápita (US\$PPA)	209	102	2.1	237	205	1.2	13.1	102.2	74.2
Prestación de servicios: niveles de actividad (tasa por 1 000)									
Consultas externas generales	1865	1626	1.3	2110	1834	1.4	13.1	12.8	-2.0
Consultas externas de especialidad	1137	438	3.0	1226	573	2.6	7.9	30.9	13.3
Altas hospitalarias	55	39	1.7	54	49	1.3	-2.3	25.8	69.7
Prestación de servicios: productividad									
Consultas por médico general	16.8	12.3	1.4	17.8	11.1	1.6	5.9	-9.9	-41.1
Consultas por médico especialista	2.9	1.6	1.8	2.3	1.6	1.4	-20.5	2.4	35.7
Tasa de ocupación hospitalaria (%)	76.0	68.7	1.1	81.8	70.7	1.2	7.6	2.9	-41.2
Generación de recursos (tasa por 100 000)									
Médicos generales	41	32	1.3	50	50	1.0	21.7	57.9	100.0
Médicos especialistas	78	40	2.0	90	60	1.5	15.7	51.6	32.2
Enfermeras	232	155	1.5	250	200	1.3	7.9	29.2	39.8
Camas hospitalarias	88	62	1.4	80	70	1.1	-9.3	13.3	58.3

PPA: Paridad de poder adquisitivo

* Todos los datos, salvo el indicador sobre financiamiento (2010), corresponden al año 2009

‡ Seguridad social se refiere a la población cubierta por instituciones de seguridad social, mientras que sin seguridad social se refiere a la población que no tiene acceso a servicios de salud a través de instituciones de seguridad social, es decir, la población sin seguro y a la que se afilió al Seguro Popular

§ Las diferencias mostradas corresponden a la razón del valor observado para los afiliados a la seguridad social dividido entre el valor correspondiente a los previamente no afiliados. Debe entenderse como el número de veces en las que el valor para los que tienen seguridad social es superior al valor para los que no la tenían inicialmente. Cuanto más próximos al uno, mayor es la equidad entre los grupos de población. Aunque los valores mostrados no controlan perfectamente por diferencias de edad, sexo o perfil epidemiológico, las diferencias en los niveles de actividad se ajustaron por las diferencias de tasas de mortalidad entre los grupos de población

El progreso en la reducción de las brechas se midió como el cambio porcentual en las tasas relativas de diferencias entre los dos años de análisis con la siguiente fórmula: $(1 - [(e-d)/d] / [(b-a)/a]) \times 100$

reduciéndose. Sin embargo, las diferencias en el acceso a consultas de medicina general y en las tasas de ocupación hospitalaria han aumentado (cuadro VI). Esto es particularmente cierto para algunos segmentos de la población y ciertos estados del país.

El diseño del Seguro Popular incluyó componentes dirigidos a fortalecer la oferta de servicios, ampliar la capacidad de respuesta y satisfacer las expectativas de los pacientes. El incremento del financiamiento produjo una mejora en la oferta de productos farmacéuticos, una ampliación de las unidades de salud y una mayor contratación de personal. A pesar de esto siguen faltando algunos insumos críticos. Por ejemplo, aunque las diferencias en la disponibilidad de médicos generales se subsanaron entre 2004 y 2009, todavía hay brechas

en lo que se refiere a médicos especialistas y enfermeras (cuadro VI).

Otro problema es la movilización y distribución de los recursos. Hay un flujo de recursos lento desde el nivel federal hacia los estados, y de éstos hacia los niveles locales. Hay, además, una inversión insuficiente, problemas de transparencia y rendición de cuentas, y un desempeño administrativo deficiente en la transferencia y uso de recursos en los estados. En sus etapas iniciales, el Seguro Popular permitió que se utilizara 45% de las transferencias en la compra de medicamentos y de material médico básico.¹²² En 2009 esta cobertura cayó a 20% debido al aumento en la demanda para salarios.¹²²

En las próximas etapas de implantación del Seguro Popular deberán superarse los obstáculos actuales,

especialmente los relacionados con la oferta de ciertas especialidades. Sin embargo, esto no puede solucionarse de inmediato porque la formación de especialistas toma tiempo. Por ejemplo, para satisfacer la demanda de tratamiento de cáncer de mama en el Seguro Popular se requieren entre 200 y 350 radio-oncólogos, pero al momento de incorporar esta enfermedad al FPGC sólo se contaba con la cuarta parte de este número.¹²³ De hecho, hay datos que hablan de una subutilización de los centros de alta especialidad debido a la falta de especialistas. Las tasas medias de ocupación en los hospitales regionales de alta especialidad son de 70% –un número que irá mejorando con el despliegue de más médicos especialistas.¹²⁴

Por último, la mejora en el acceso en áreas rurales remotas es un desafío.¹²⁵ Aunque las áreas rurales concentran una pequeña proporción de la población total (1% vive en localidades que no cuentan con acceso a transporte público y tienen menos de 2 500 habitantes, y 5.4% vive en localidades con menos de 5 000 habitantes), constituyen un grupo vulnerable, disperso y de difícil cobertura.¹²⁵ En las comunidades más remotas, los centros de salud siguen operando con servicios básicos e infraestructura de comunicación insuficientes, y muchas veces son atendidos por pasantes de medicina.¹²⁶ Sin embargo, en 2009, 50% de estos centros fueron acreditados formalmente, condición necesaria para proveer servicios a los afiliados al Seguro Popular.¹²⁶

Los futuros procesos de planificación tienen que tomar en consideración el envejecimiento de la población y el aumento de la carga de las enfermedades crónicas. Aunque el número de enfermedades e intervenciones cubiertas por el FPGC ha aumentado, todavía hay una gran cantidad de enfermedades comunes, caras y trata-

bles que no están cubiertas, incluso algunos cánceres. Esta problemática es un desafío para el financiamiento y la equidad. Los pacientes que sufren estas enfermedades enfrentan enormes dificultades económicas o se quedan sin tratamiento.

Las unidades de atención ambulatoria no se diseñaron para tratar trastornos graves. Serán necesarios esfuerzos especiales para ampliar la capacidad resolutoria de estas unidades y atender las enfermedades crónicas, con el apoyo de la telemedicina. También hay serios problemas en lo que se refiere a cuidados paliativos y de largo plazo. Además, la prevención y el tratamiento apropiado de las enfermedades crónicas –a través de iniciativas como *Consulta Segura*– son esenciales para la sustentabilidad financiera de largo plazo del sector salud. Sería aconsejable no abusar del FPGC como fuente de financiamiento para el tratamiento de estos padecimientos en ausencia de medidas efectivas para controlar los factores de riesgo y ampliar las actividades de prevención y detección temprana (panel 5).

A pesar de las mejoras sustanciales en muchos aspectos, las persistentes diferencias y desequilibrios reflejan limitaciones estructurales en la capacidad de absorción de los recursos movilizados por la reforma. Las competencias y cambios estructurales que se requieren para dirigir eficientemente la expansión requieren de tiempo para madurar. Este punto es de especial relevancia en el sistema descentralizado de salud de México, donde los estados tienen niveles diferentes de capacidad administrativa. Un aumento de recursos financieros, combinado con una dirección débil, puede conducir a ineficiencias, y unas directivas sólidas combinadas con un control prudente son necesarias para evitar la corrupción.

Panel 5

OPTIMIZACIÓN DEL FPGC A TRAVÉS DE LAS INVERSIONES EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

El Fondo de Protección contra Gastos Catastrófico (FPGC) cubre una porción relativamente pequeña de enfermedades e intervenciones que tienen costos elevados de tratamiento. Sin una prevención o un control apropiado de estas enfermedades, los costos asociados podrían llevar al fondo al déficit. Un ejemplo es la insuficiencia renal asociada con la diabetes, que a su vez se relaciona con la epidemia de sobrepeso y obesidad que debe ser controlada a través de la promoción de la salud.

En el caso del cáncer de mama, el acceso y la adherencia a los tratamientos han mejorado mucho. El reto, sin embargo, sigue siendo la detección tardía, que implica una sobrevivencia reducida y un costo más alto por año de vida salvado.^{123,127} Es necesaria la expansión de las inversiones para mejorar la capacidad para detectar la enfermedad en sus etapas iniciales. Como primer paso, se desarrolló un programa de capacitación de trabajadores comunitarios, médicos y enfermeras de atención primaria. Además de *Oportunidades* se incorporaron medidas para concientizar y educar en estos temas a los beneficiarios.^{128,129} No obstante, y a pesar de inversiones sustanciales en la compra de unidades de mamografía, la falta de expertos en radiología de mama se ha constituido en un obstáculo crucial, sobre todo en algunos estados.^{68,123}

Es necesario un enfoque integrado para enfrentar el desafío de las enfermedades crónicas y las intervenciones catastróficas en México. En primer lugar, se requieren educación y estímulos económicos para controlar los factores de riesgo y promover la prevención. Segundo, el financiamiento sanitario y la entrega de servicios tienen que alinearse para poder garantizar las inversiones en todas las fases de las enfermedades crónicas.¹²⁸ En el caso del Sistema de Protección Social en Salud, esto involucra a los tres fondos principales –salud comunitaria, Seguro Popular y FPGC– ya que el manejo de algunas enfermedades requiere una combinación de bienes públicos, servicios esenciales de salud personal e intervenciones altamente especializadas. Si las inversiones están garantizadas sólo para el tratamiento, los resultados serán menos que óptimos, tanto desde el punto de vista de los costos, como de las vidas salvadas.

Otro desafío importante es la reorganización del sistema de salud por funciones. Como ya se mencionó, la reforma permitió consolidar el papel rector de la Secretaría de Salud federal y alinear la arquitectura financiera de todo el sistema. La próxima etapa de reformas exige un esquema financiero integrado, con flexibilidad y portabilidad de beneficios, que deberán prestar una pluralidad de proveedores tanto públicos como privados.¹³⁰

Otro desafío pendiente es la implantación de la separación del comprador y el proveedor dentro de los estados.¹³⁰ El diseño inicial de la reforma contemplaba una organización más eficiente para la entrega de servicios de salud en la que los estados desarrollarían la función compradora de servicios hospitalarios básicos y de atención primaria. El administrador estatal de los fondos del Seguro Popular distribuiría los recursos financieros a través de contratos de servicios con redes de proveedores públicos y privados (incluso hospitales y clínicas de los estados mismos) sobre la base de las necesidades de la población. A estos proveedores se les recompensaría por eficiencia y sensibilidad. La provisión local de bienes públicos y la regulación de los proveedores sería parte de la función rectora de las secretarías estatales de salud que trabajarían en colaboración con la Secretaría de Salud federal.

En conclusión, la reforma ha podido movilizar más recursos para la salud y ha ampliado la protección financiera. El desafío ahora es conseguir más salud por dinero invertido. El sistema de salud mexicano está listo para más reformas encaminadas a disminuir las ineficiencias e inequidades actuales.

El futuro del sistema mexicano de salud: una nueva generación de reformas

El objetivo último de la reforma mexicana de salud de 2003 es el ejercicio igualitario del derecho a la protección social de la salud, lo que conlleva reglas generales de acceso a un paquete completo de servicios que se presta con una calidad y un nivel de protección financiera similar para todos. Para alcanzar este objetivo, la próxima generación de reformas debe contemplar cambios financieros, gerenciales y en el modelo de atención.

La reforma financiera debería estar encaminada a mejorar la movilización de recursos. Este objetivo puede alcanzarse a través de una contribución social destinada a la salud producto de una combinación de impuestos progresivos y eficientes.^{15,131} Esta contribución reemplazaría al impuesto sobre la nómina que se utiliza actualmente para financiar la mayor parte de los servicios de salud para los beneficiarios de la seguridad social y ampliaría el monto de los impuestos generales destinado a la salud.

Tendría que ser diseñada como un fondo único para financiar un paquete común de beneficios que incluya intervenciones esenciales y de alta especialidad a las que todos los mexicanos tendrían acceso independientemente del proveedor de los servicios de salud.

Dentro de los beneficios fiscales de la sustitución de los impuestos a la nómina también deben incluirse los ingresos adicionales que se obtendrían con la eliminación de ciertas condiciones que les permiten a las empresas deducir impuestos y con los desincentivos a la informalidad. La concentración de los recursos de toda la población permitiría una agregación más eficiente del riesgo, especialmente para las intervenciones de alto costo. Esto ayudaría a ampliar la cobertura financiera de las intervenciones catastróficas y evitar la selección adversa.

La reforma administrativa tiene un doble objetivo: la consolidación de la separación de las funciones de financiamiento y prestación en todas las instituciones públicas, y el fortalecimiento de la capacidad gerencial a todos los niveles. La separación de funciones garantiza la prestación por una pluralidad de proveedores, públicos y privados, lo que estimula el buen desempeño y favorece la calidad. La garantía de una articulación eficiente entre compradores y proveedores es un aspecto esencial de este proceso.¹³⁰ El fortalecimiento gerencial requiere de una tarjeta y un número de identificación en salud universales que garantizarían la portabilidad de los beneficios, así como de una capitación y un tabulador de reembolsos comunes que favorecerían la movilidad de los usuarios entre proveedores e incrementaría la capacidad de respuesta del sistema.

La reforma del modelo de atención permitirá adaptar la entrega de servicios para responder al desafío que representan las enfermedades crónicas y las lesiones, creando espacios saludables y llevando la oferta de servicios más allá de las unidades de atención. El nuevo modelo debe contemplar la construcción de espacios comunitarios para la promoción de la salud e insistir en la prevención; crear redes de servicios para garantizar la continuidad del cuidado a la salud e integrar los espacios formales e informales de atención a través de la entrega de servicios a domicilio y en escuelas, sitios de trabajo y áreas públicas. Este modelo debe aprovechar la telemedicina para alcanzar áreas remotas y regionalizar la prestación de servicios de alta especialidad.

En este proceso de consolidación resulta importante proteger la inversión en servicios de salud comunitarios no personales. Las reformas en otros países sufrieron por la falta de atención a la salud pública.⁴¹ En México, el siguiente paso es ajustar la Ley General de Salud para asignar un porcentaje fijo del presupuesto de salud al Fondo para Servicios de Salud Comunita-

rios. Hasta la fecha, este fondo se ha financiado con una asignación anual sujeta a los ires y venires de la negociación de los presupuestos, aunque el paquete de servicios es explícito y se han identificado financiamientos complementarios a través de recursos para la prevención primaria del Seguro Popular. Sin embargo, los ahorros potenciales resultantes de la agregación de fondos y la integración de las intervenciones sugieren que la inversión en servicios que apuntan al origen de los problemas, es decir, servicios de prevención y detección temprana –que no tienen una demanda espontánea suficiente– reducen los costos y el sufrimiento originados por las enfermedades crónicas. He aquí la justificación para fijar un porcentaje para este fondo.

La evolución del sistema de salud en su conjunto tiene que seguir siendo guiada por evidencias firmes. Esto significa que las nuevas reformas tienen que acompañarse de inversiones adicionales en investigación en sistemas de salud e impulsadas por un vigoroso y riguroso programa de generación de evidencias, seguimiento y evaluación.

Implicaciones globales de la reforma mexicana de salud

La reforma mexicana de salud aporta conocimientos al movimiento global por una cobertura universal en salud. Se trata de una experiencia que ilustra la manera de garantizar una protección social en salud a la población no asalariada a través del acceso legislado a un paquete integral de servicios. La protección social en salud no se limita a los que cuentan con un trabajo asalariado; se trata más bien de un derecho universal para todos los ciudadanos, sin importar su estatus laboral. La experiencia de utilización de evidencias para el diseño de políticas y evaluación también contribuye a la generación de modelos de fortalecimiento de la rectoría.¹³²

Efectivamente, la experiencia mexicana se está utilizando como referencia en trabajos internacionales sobre calidad^{133,134} y para diseñar estrategias de cobertura universal en países de todos los niveles de ingreso. En abril de 2012 este interés generó una declaración mexicana sobre cobertura universal en un foro internacional organizado por la Secretaría de Salud de México y la OMS en el que se reunieron representantes de 21 países.¹³⁵

Varios países han emprendido o están emprendiendo innovaciones en el financiamiento de la salud similares a las de México. La creación de un paquete de servicios explícito a través del Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (Plan AUGE) en Chile presenta similitudes con el FPGC mexicano.¹³⁶ Otro ejemplo es la reforma financiera sistémica en Sudáfrica, diseñada con el fin de homogenizar los beneficios de quienes cuen-

tan con seguros privados y los que no tienen acceso a ellos.^{137,138} La India ha hecho un estudio profundo de su sistema de salud y algunos analistas políticos están empezando vislumbrar en ese país un seguro médico para alcanzar la cobertura universal.^{139,140} Otros países que realizan reformas de salud similares al Seguro Popular son Colombia, República Dominicana, Ghana, Perú, Tanzania, Tailandia, Turquía y Vietnam.¹⁴¹⁻¹⁴⁶

Una lección de la experiencia mexicana es el énfasis en el monitoreo y la evaluación. Las evidencias han jugado un papel esencial en el proceso de reforma, incluso en la modificación de los criterios de afiliación y en la definición de las intervenciones que se han añadido poco a poco al FPGC. Las evaluaciones también han desempeñado un papel crucial en la implantación de mecanismos de responsabilidad que ahora son requeridos por ley. Algunos países como China, de manera más notable, han incluido en su reforma un componente importante de mediciones y evaluaciones.¹⁴⁷⁻¹⁵⁰ Esto ofrece la oportunidad para emprender investigaciones comparadas, sobre todo si se incluye una evaluación rigurosa de las reformas con indicadores comunes de avance de la cobertura de salud universal.

La experiencia mexicana da testimonio del potencial de la extensión de la cobertura a los trabajadores pobres y no asalariados. Es un ejemplo del uso de una reforma legislativa para financiar, con impuestos generales, la cobertura de este sector de la población, aprovechando programas sociales y de lucha contra la pobreza que facilitan dicha extensión y los procesos de afiliación, como *Oportunidades*. Efectivamente, las reformas del IMSS en 1997 y 2003, con que se creó el Seguro Popular, aumentaron la dependencia en los impuestos generales y los ingresos gubernamentales para financiar la salud.

El caso mexicano ilustra también la importancia de la continuidad. Los programas y políticas efectivos deben conservarse, enriquecerse e incluso ampliarse cuando las evaluaciones rigurosas han demostrado su efectividad.¹⁵¹ La capacidad técnica de los encargados del diseño de políticas influye en estos procesos.

La experiencia mexicana destaca en particular por haber continuado a pesar de y a lo largo de la recesión económica y los periodos de crisis.¹⁵² El Seguro Popular sobrevivió a la crisis económica de 2008-2009 y los servicios cubiertos se fueron expandiendo después de la recesión. Esto fue el resultado de la voluntad política y del compromiso con la salud de la población. Sin embargo, la continuidad tampoco es independiente de la reforma legislativa, lo que apunta a otra enseñanza. Si la reforma se hubiera construido sobre una serie de programas y no sobre una nueva ley, la continuidad podría haberse puesto en duda.

Otra lección es la importancia de las inversiones a largo plazo en el desarrollo de la investigación y en instituciones académicas que generan evidencias para el diseño de políticas y su implantación. Estas instituciones también forman líderes capaces de ocupar puestos directos a nivel local y federal que proporcionan la capacidad gerencial para implementar las reformas.

La reforma mexicana muestra que, aunque se trata de un gran reto, los países en vías de desarrollo pueden extender la cobertura financiera para garantizar el tratamiento de las enfermedades crónicas. Parte de la comunidad global está convencida de que los países de ingresos medios y sobre todo los países de ingresos bajos deberían limitar sus actividades a este respecto a la prevención.^{153,154} El caso mexicano muestra que las naciones en vías de desarrollo pueden diseñar mecanismos fiscalmente responsables, como el FPGC, para financiar tanto el tratamiento costo efectivo de las enfermedades crónicas como los programas de prevención.^{42,155} Una reforma fiscalmente responsable conlleva el diseño y la implantación no sólo de políticas de salud, sino también de políticas saludables que aborden los determinantes sociales.

La creación de un fondo separado y protegido para bienes públicos, y sobre todo de servicios de salud comunitarios y de intervenciones personales y no personales de salud pública, es otro hallazgo. Esto permite extender la cobertura de otros servicios sin descuidar los ya existentes, de hecho al tiempo que se amplía la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y los servicios de detección temprana. La sociedad civil también ha contribuido al proceso de reforma al compartir conocimientos y alentar la participación de los pacientes, con lo que se amplía la capacidad de respuesta. Además, la sociedad civil ofrece servicios complementarios que mejoran la atención a la salud.

El sistema de salud mexicano ha aprovechado la clara definición de prioridades que son importantes no sólo en la asignación de recursos sino también para la negociación del financiamiento público. Algunas iniciativas distintivas de la reforma mexicana, como el SMNG y *Arranque Parejo en la Vida*, también se utilizaron para conciliar los enfoques vertical y horizontal de atención a la salud a través del desarrollo de lo que se denominó "estrategia diagonal".¹⁵⁶ Estas iniciativas muestran que es posible utilizar intervenciones explícitas y de alta prioridad para lograr mejoras (por ejemplo, en calidad)^{134,135} en todo el sistema de salud.

Juntos, los instrumentos diseñados e implantados en México constituyen un mapa para la expansión de las tres dimensiones de la protección social en salud: contra riesgos para la salud, de los pacientes por medio de la garantía

de seguridad, efectividad y trato adecuado, y contra las consecuencias económicas de las enfermedades.

La búsqueda mexicana de la cobertura universal en salud y la creación del SPSS a través de una reforma legislativa implica nueve años de esfuerzos ampliamente documentados para alcanzar la universalidad. Estos esfuerzos pueden adaptarse y trasladarse a otros países que intentan ofrecer una cobertura universal contra las amenazas a la seguridad en salud de individuos y poblaciones. Aprender de esta experiencia –tanto de sus éxitos como de sus desafíos– no sólo ayuda a mejorar las condiciones de salud y la protección financiera de los mexicanos, también contribuye a enriquecer el movimiento global encaminado a la cobertura universal en salud.

Contribuciones de los distintos autores

Felicia Marie Knaul (FMK) coordinó el grupo de autores y el proceso de redacción de este artículo, participó en el desarrollo del marco conceptual, diseñó el guión, escribió texto, llevó a cabo el análisis, recopiló e incorporó todas las contribuciones, interpretó resultados, preparó cifras e incorporó modificaciones con base en comentarios. Eduardo González Pier (EGP) participó en el desarrollo del guión y del marco conceptual, escribió texto, realizó el análisis, recopiló contribuciones, interpretó resultados y preparó cifras. Octavio Gómez Dantés (OGD) participó en el desarrollo del guión y del marco conceptual, escribió texto, realizó el análisis, recopiló contribuciones, interpretó resultados, preparó cifras e hizo revisiones de literatura. David García Junco (DGJ) participó en el desarrollo del guión, analizó datos, corrigió texto, y dirige y administra la implementación de Seguro Popular desde 2011. Héctor Arreola Ornelas (HAO) escribió texto, condujo análisis, analizó datos, interpretó resultados, preparó tablas y cifras e hizo la revisión de literatura. Mariana Barraza Llórens (MBL) escribió texto, condujo análisis, analizó datos, recopiló contribuciones, interpretó resultados, preparó tablas y cifras, y corrigió texto. Rosa Sandoval (RS) preparó tablas y cifras, analizó datos, y corrigió texto. Todos los anteriores, bajo la dirección de Salomón Chertorivski (SC) y Julio Frenk (JF), fueron responsables de la preparación del texto a nombre del Grupo para la Reforma y la Cobertura Universal de Salud de México. Francisco Caballero (FC) participó en el desarrollo del guión, proporcionó datos y corrigió texto. Mauricio Hernández Ávila (MHA) contribuyó con la entrega de información a partir del análisis de la ENSANUT 2012, corrigió texto e hizo comentarios. Gustavo Nigenda

(GN) contribuyó con texto sobre trato adecuado y condujo análisis. Enrique Ruelas (ER) contribuyó con texto sobre calidad e hizo comentarios sobre el texto. Jaime Sepúlveda (JS) contribuyó con texto de los paneles e hizo comentarios. Mercedes Juan (MJ), David Kershenobich (DK), Roberto Tapia (RT) y Guillermo Soberón (GS) hicieron comentarios al texto. SC definió el guión, diseñó la sección sobre implementación y participó en la redacción del texto; además estuvo encargado de la implementación y modificación de la reforma como Comisionado de Protección Social en la Salud de 2009 a 2011, y como Secretario de Salud de México desde mediados de 2011. JF definió el marco conceptual, dirigió el análisis y participó en la redacción y la revisión del texto entero; como Secretario de Salud de México desde 2000 hasta 2006, estuvo encargado del diseño e implantación inicial de la reforma.

Fuentes de financiamiento

La investigación para este artículo fue financiada en parte por la Secretaría de Salud de México y el Centro de Investigación y Docencia Económicas, que proporcionaron apoyo a FMK, GN, HAO, MBL y OGD. FMK y HAO también recibieron apoyo del proyecto "Observatorio de la Salud" de la Fundación Mexicana para la Salud/Instituto Carlos Slim de la Salud, así como del International Development Research Center (IDRC) Canadá y Conacyt. FMK también recibió apoyo de Harvard University. FMK tuvo acceso completo a todos los datos del estudio y fue la responsable de la presentación de la publicación. FMK, como autora encargada de la correspondencia, confirma que todos los autores revisaron y aprobaron el texto final.

Conflictos de interés

FMK colaboró con la Secretaría de Salud en el diseño de la reforma de salud de 2003 de manera voluntaria. Está casada con el ex secretario de salud, Julio Frenk, quien diseñó la reforma de 2003. Ha trabajado para la Fundación Mexicana para la Salud desde 2000 de tiempo completo o medio tiempo, y gestiona las subvenciones de donantes públicos y privados. Es presidente fundadora de Tómatelo a Pecho, organización caritativa registrada en México centrada en la detección temprana y el tratamiento del cáncer mamario; participó en la evaluación del Seguro Popular en 2011 y seguirá haciéndolo en 2012. EGP trabajó para la Secretaría de Salud de México de 2001 a 2008 y participó en el diseño y desarrollo de la reforma de 2003; colaboró como investigador residente por la Fundación Mexicana para la Salud; ahora ocupa el puesto de director de finanzas en el Instituto Mexi-

cano del Seguro Social. OGD fue director general de evaluación de la Secretaría de Salud de México de 2001 a 2006 y participó en el diseño de la reforma de 2003. DGJ es actualmente comisionado de Protección Social en Salud desde 2009; participó y dirige la implementación del Seguro Popular. HAO dirige investigaciones en la Fundación Mexicana para la Salud, donde trabaja desde 2002, y participó en la investigación para el diseño de la reforma; administra las subvenciones de los donantes públicos y privados; participó en la evaluación del Seguro Popular en 2011 y seguirá haciéndolo en 2012. MBL trabajó para la Secretaría de Salud de México desde 2001 hasta 2009 y apoyó el desarrollo de la reforma de 2003; colaboró como investigadora residente en la Fundación Mexicana para la Salud; ahora es asesora del director de finanzas del Instituto Mexicano del Seguro Social. RS es directora de personal de la Comisión de Protección Social en la Salud desde 2009; participa en la implementación del Seguro Popular. FC fue director de personal de la Comisión de Protección Social en Salud de 2009 a 2011 y ahora es director de la Unidad de Análisis Económicos de la Secretaría de Salud; participa en la implementación del Seguro Popular. MHA fue subsecretario de Salud de 2006 a 2011 y participó en la implementación de la reforma; ahora es director del Instituto Nacional de Salud Pública y dirige la evaluación del Seguro Popular de 2012. MJ es presidente ejecutiva de la Fundación Mexicana para la Salud desde 2009, institución que recibe varias subvenciones nacionales e internacionales, privadas y públicas; fue secretaria del Consejo General para la Salud de 2001 a 2006, comisionada de Operación de la Salud de la Comisión Federal de Protección Social en Salud de 2007 a 2009, y participó en el diseño e implementación de la reforma. DK fue secretario del Consejo General para la Salud en 2011-2012 y participa en la implementación de la reforma. GN participó en la evaluación del Seguro Popular en 2011 y seguirá haciéndolo en 2012. ER fue subsecretario de salud de 2000 a 2006 y secretario del Consejo General para la Salud de 2006 a 2011; participó en el diseño y la implementación de la reforma de 2003, JS fue director del Instituto Nacional de Salud Pública y coordinador de los Institutos Nacionales de salud de 2003 a 2006 y participó en el diseño de la reforma. RT fue subsecretario de salud de 2003 a 2006 y participó en la reforma de 2003; dirige el Instituto Carlos Slim. GS fue secretario de salud de México de 1982 a 1988, presidente emérito de la Fundación Mexicana para la Salud y consejero superior del secretario de salud desde 2007; entrega recomendaciones para la implementación de la reforma. SC estuvo encargado de la implementación y de las modificaciones de la reforma como comisionado de Protección Social en Salud de 2009 a 2011; es secretario de salud de México desde mediados de 2011. JF fue se-

cretario de salud de México de 2000 a 2006 y encargado del diseño e implementación inicial de la reforma.

Agradecimientos

Esta investigación fue financiada parcialmente por la Secretaría de Salud de México y el Centro de Investigación y Docencia Económicas, que proporcionaron apoyo a FMK, GN, HAO, MBL y OGD. FMK y HAO también recibieron apoyo del proyecto Observatorio de la Salud de la Fundación Mexicana para la Salud/ Instituto Carlos Slim de la Salud, con apoyo complementario de IDRC Canadá y Conacyt. FMK también recibió apoyo de la Universidad de Harvard. Los autores agradecen a Maja Pleic, Juan Pablo Gutiérrez, Verónica Guajardo-Barrón, Oscar Méndez Carniado, Sonia X Ortega-Alanís, Javier Dorantes-Aguilar, Afsan Bhadelia, Cristina Gutiérrez-Delgado, José Manuel del Río-Zolezzi, y Claudia Jazmín Segovia-Rojó por sus contribuciones. También agradecen a los revisores anónimos por sus excelentes comentarios. La responsabilidad del informe final recae sobre los autores. Las opiniones expresadas son de los autores y no necesariamente de las instituciones en las que trabajan.

Referencias

1. WHO. World Health Report 2010. Health systems financing. Path to universal coverage. Geneva: World Health Organization, 2010.
2. Scheil-Adlung X, Bonnet F. Beyond legal coverage: assessing the performance of social health protection. *Int Soc Sec Rev* 2011;64:21-38.
3. Murray CJL. Assessing health system performance using information on effective coverage of interventions. Health Information System Knowledge Hub, Working Paper Series 3. Brisbane, Australia: School of Population Health, University of Queensland, 2009.
4. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Enrolled population up to April 2012. 17 [consultado junio 6, 2012]. Disponible en: http://seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=4&Itemid=
5. Zurita B, Gonzalez-Rosetti A, Knaut FM, Soberon G. Hacia un México más saludable: una visión del sector privado. México: Fundación Mexicana para la Salud, 2001.
6. Knaut FM, Arreola H, Borja C, et al. Competitividad y salud: la propuesta. México: Fundación Mexicana para la Salud, 2003.
7. Hernández P, Zurita B, Ramírez R, et al. Las cuentas nacionales de salud. En: Frenk J, Lozano R, González-Block MA, et al, eds. Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México. México: Fundación Mexicana para la Salud, 1994. [Consultado abril 2, 2012]. Disponible en: <http://www.funslud.org.mx/casesalud/observatorio/cap%20II.pdf>
8. Frenk J. Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. *Lancet* 2006;368:954-961.
9. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaut FM. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *Lancet* 2006;368:1525-1534.
10. González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, et al. Priority setting for health interventions in Mexico's System for Social Protection in Health. *Lancet* 2006;368:1608-1618.
11. Lozano R, Soliz P, Gakidou E, et al. Benchmarking of performance of Mexican states with effective coverage. *Lancet* 2006;368:1729-1741.
12. Knaut FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *Lancet* 2006;368:1828-1841.
13. Gakidou E, Lozano R, González-Pier E, et al. Assessing the effect of the 2001-06 Mexican health reform: an interim report card. *Lancet* 2006;368:1920-1935.
14. Sepúlveda J, Bustreo F, Tapia R, et al. Improvement of child survival in Mexico: the diagonal approach. *Lancet* 2006;368:2017-2027.
15. Frenk J. La salud como derecho ciudadano. *Nexos* 2012;410:44-48.
16. Guerrero R. El concepto de la protección social. Cuaderno de Protección Social No. 3. Bogotá, Colombia: Ministerio de Protección Social, 2006.
17. Anand S. Human security and universal health insurance. *Lancet* 2011;370:9-10.
18. International Labour Office. Towards decent work: social protection in health for all workers and their families. Conceptual framework for the extension of social protection in health. Geneva: ILO, 2001.
19. Sen A. Editorial: Human capital and human capability. *World Development* 1997;25:1959-1961.
20. Cecchini S, Martínez R. Inclusive social protection in Latin America: a comprehensive, rights-based approach. Santiago, Chile: Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2012.
21. Baeza C, Packard T. Beyond Survival: Protecting Households from Health Shocks in Latin America. Washington, DC: World Bank, 2006.
22. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: Towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Pol* 1997;41:1-36.
23. Frenk J, Bobadilla JL, Sepúlveda J, et al. Health transition in middle-income countries: New challenges for health care. *Health Pol Plan* 1989;4:29-39.
24. Fisher R. Time to ditch the Mexican stereotypes. The Financial Times Ltd (Internet). [Consultado mayo 28, 2012]. Disponible en: <http://www.ft.com/intl/cms/s/0/198db6c4-a3f7-11e1-84b1-0144feabdc0.html#axzz1wBfO95fK>
25. Frenk J, Lozano R, González-Block MA, et al. Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México. México: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.
26. Frenk J, Knaut F, Gómez-Dantés O, et al. Fair financing and universal protection: the structural reform of the Mexican health system. México: Secretaría de Salud, 2004.
27. Soberón G. La Reforma Sanitaria de México. Premio Carlos Slim a la Innovación en la Mejora de los Sistemas de Salud. Instituto Carso, Fundación Carlos Slim, 2008. [Consultado abril 2, 2012]. Disponible en: <http://www.salud.carlosslim.org/CapHuma/Premios/Paginas/premios.aspx>
28. Instituto Mexicano del Seguro Social. Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social. México: IMSS, 1997. [Consultado marzo 26, 2012]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92.pdf>
29. Gómez-Dantés O. Seguro Popular de Salud: siete perspectivas. Cuernavaca, México: INSP, 2005.
30. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México: Hacia un sistema universal de salud. México: Secretaría de Salud, 2001.
31. Knaut F, Arreola H, Méndez O. Protección financiera en salud: México 1992-2004. *Salud Publica Mex* 2005;47:430-439.
32. Torres AC, Knaut FM. Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000. En: Knaut FM, Nigenda G, eds. Caleidoscopio de la Salud. De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción. México: Fundación Mexicana para la Salud, 2003:209-228.
33. WHO. World Health Report 2000. Health systems: Improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000.
34. Secretaría de Salud. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. México: Diario Oficial de la Federación, mayo 15, 2003.

35. Frenk J, Gómez-Dantés O. Health security and disease control: lessons from Mexico. *Vaccine* 2011;295:D149-D151.
36. Frenk J. Mexico's fast diagnosis. *New York Times*. [Consultado febrero 27, 2012]. Disponible en: <http://www.nytimes.com/2009/05/01/opinion/01frenk.html>
37. Garrett L. The path of a pandemic. *Newsweek* 2009; CLII:12-18.
38. González-Pier E, Barraza-Lloréns M, Gutiérrez-Delgado C, Vargas-Palacios A, coord. Sistema de Protección Social en Salud: Elementos conceptuales, financieros y operativos. 2da, ed. México: Fondo de Cultura Económica, Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
39. Ortiz M, Frenk J. Cruzada por la calidad de la atención. En: Ortiz M, Frenk J. eds. Camino y destino: una visión personal de las políticas públicas de salud. México: Cuadernos de Quirón, 2009:67-90.
40. Frenk J, Gómez-Dantés O, Knaul FM. The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. *Bull WHO* 2009;87:542-548.
41. Estevez R. The quest for equity in Latin America: a comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia. *International J Equity and Health* 2012;11:6.
42. Salomon JA, Carvalho N, Gutiérrez-Delgado C, et al. Intervention strategies to reduce the burden of non-communicable diseases in Mexico: cost effectiveness analysis. *BMJ* 2012;344:e355. doi:10.1136/bmj.e355.
43. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2006. México: CNPSS, Secretaría de Salud, 2007.
44. Knaul F, Arreola H, Méndez O, Martínez A. La justicia financiera y los gastos catastróficos en salud: el impacto esperado de la extensión del Seguro Popular de Salud en México. *Salud Publica Mex* 2005;47(suppl 1):S53-S64.
45. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2011. México: CNPSS, Secretaría de Salud, 2012.
46. Secretaría de Salud. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. México: Diario Oficial de la Federación, mayo 16, mayo 15, 2003.
47. Secretaría de Desarrollo Social. Oportunidades, un programa de resultados. México: Secretaría de Desarrollo Social, 2010. [Consultado junio 6, 2012]. Disponible en: http://www.oportunidades.gob.mx/Portal/work/sites/Web/resources/ArchivoContent/622/Oportunidades_un_programa_de_resultados_2010.pdf
48. Pérez-Salvador JE, Gutiérrez-Delgado C. Evolución del financiamiento al Seguro Popular de México: experiencia 2004-2010. México: Facultad de Ciencias de la UNAM, 2011.
49. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2009. México: CNPSS, Secretaría de Salud, 2010.
50. Secretaría de Salud. Decreto por el que se reforman los artículos 77 Bis 12 y 77 Bis 13 de la Ley General de Salud. México: Diario Oficial de la Federación, Dec 30, 2009. [Consultado abril 2, 2012]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5126807&fecha=30/12/2009
51. González -Block MA, Nigenda G. Sistema de Protección Social en Salud: Evaluación de Procesos Administrativos. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2008.
52. Nigenda G, González-Robledo LM, Aracena B, et al. Evaluación de procesos administrativos del Sistema de Protección Social en Salud. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2009.
53. Murayama-Rendón C. Adquisición de medicamentos en el Seguro Popular: ineficiencia e inequidad. *Gac Med Mex* 2011;147:497-503.
54. Secretaría de Gobernación. Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2008. México: Diario Oficial de la federación, dic 13, 2007. [Consultado abril 2, 2012]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5010240&fecha=13/12/2007
55. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). [Consultado junio 6, 2012]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/en-cuestas/hogares/regulares/enigh/default.aspx>
56. Consejo Nacional de Población. Principales indicadores de salud reproductiva (ENADID 2009). [Consultado junio 6, 2012]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=455&Itemid=15
57. Olaiz G, Rivera J, Sharnah T, et al. Encuesta nacional de salud y nutrición 2006. [Consultado junio 6, 2012]. Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>
58. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Evaluación de efectos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), 2008. México: Secretaría de Salud, 2010. [Consultado junio 6, 2012]. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacion_programas/descargas/spss/EESPSS2008.pdf
59. King G, Gakidou E, Imai K, et al. Public policy for the poor? A randomized assessment of the Mexican universal health insurance programme. *Lancet* 2009;373:1447-1454.
60. Parker S, Ruvalcaba LN. Identificación y análisis de los efectos en las condiciones de salud de los afiliados al Seguro Popular. México: Centro de Investigación y Docencias Económicas, 2011.
61. Bleich SN, Cutler DM, Adams AS, Lozano R, Murray CJL. Impact of insurance and supply of health professionals on coverage of treatment for hypertension in Mexico: population based study. *Br Med J* 2007;335:875.
62. Sosa-Rubi SG, Galarraga O, López-Ridaura R. Diabetes treatment and control: the effect of public health insurance for the poor in Mexico. *Bull WHO* 2009;87:512-519.
63. Grogger J, Arnold T, León AS, Ome A, Triyana M. Identificación y análisis de los efectos del Seguro Popular en el gasto en salud de los afiliados. [Consultado marzo 5, 2012]. Disponible en: http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios_seguro_popular/evolucion_resultados_perspectivas_sistema_proteccion_social_salud_2010/2_2_identificacion_analisis_efectos_Seguro_Popular_gasto_salud_afiliados.pdf
64. WHO. World Health Expenditure Database. Geneva: World Health Organization. [Consultado marzo 15, 2012]. Disponible en: http://apps.who.int/nha/database/StandardReport.aspx?ID=REP_WEB_MINI_TEMPLATE_WEB_VERSION&COUNTRYKEY=84027
65. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Recursos financieros. México: Secretaría de Salud, 2011. [Consultado marzo 10, 2012]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/gastopublico.html>
66. Secretaría de Salud. Rendición de Cuentas en Salud 2006. México: Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud. [Consultado marzo 10, 2012]. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/sm2006.pdf>
67. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Recursos financieros por concepto. México: Secretaría de Salud. [Consultado marzo 20, 2012]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/recursosfinancieros/recursos.html>
68. Secretaría de Salud. Rendición de Cuentas en Salud 2010. México: Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud, 2011. [Consultado marzo 20, 2012]. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/RCS2010.pdf>
69. Secretaría de Salud. Recursos financieros. Boletín de Información Estadística 2002; 4. México: Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. [Consultado marzo 22, 2012]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/bie.html>
70. World Bank. Labor Markets. Workers in the Informal Economy. [Consultado junio 7, 2012]. Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTLM/0,contentMDK:20224904%7EmenuPK:584866%7EpagePK:148956%7EpiPK:216618%7EtheSitePK:390615,00.html>

71. Perez-Estrada J. The employment and wage effects of expanding health insurance coverage: The case of Mexico. Paper presented at the Latin American and Caribbean Economic Association (LACEA) & Latin American Meeting of the Econometric Society (LAMES). Chile, Nov 11, 2011. [Consultado mayo 28, 2012]. Disponible en: <http://www.webmeets.com/lacea-lames/2011/m/viewpaper.asp?pid=355>
72. Azuara O, Marinescu I. Informality and the expansion of social protection programs. [Consultado marzo 13, 2012]. Disponible en: <http://mpa.ub.uni-muenchen.de/35073/>
73. Aguilera-Aburto N. The short term causal effects of Seguro Popular on formal employment. [Consultado marzo 13, 2012]. Disponible en: <http://usmex.ucsd.edu/assets/029/12531.pdf>
74. Barros R. Wealthier but not much healthier: effects of a major health insurance program for the poor in Mexico. [Consultado marzo 13, 2012]. Disponible en: <http://siepr.stanford.edu/publicationsprofile/2067>
75. Campos-Vázquez RM, Knox MA. Social protection programs and employment: the case of Mexico's Seguro Popular Program. Centro de Estudios Económicos Working Paper No. 14. México: El Colegio de México, 2010.
76. Duval-Hernández R, Smith-Ramírez R. Informality and Seguro Popular under segmented labor markets. México: Centro de Investigación y Docencias Económicas, 2011.
77. Parker S, Scott J. An evaluation of the Mexican Seguro Popular program: work and formal sector participation. Washington, DC: World Bank, 2008.
78. Bosch M, Campos-Vázquez R. The trade-offs of social assistance programs in the labor market: The case of the Seguro Popular program in Mexico. Centro de Estudios Económicos Working Paper No. 12. México: El Colegio de México, 2010.
79. Atterido R, Hallward-Driemeier M, Pages C. Does expanding health insurance beyond formal-sector workers encourage informality? Measuring the impact of Mexico's Seguro Popular. Policy Research Working Paper 5785. Washington, DC: World Bank, 2011.
80. Mexico's System of Social Protection in Health and the Formal Sector. World Bank Seminar, Washington, DC; June 1, 2012. [Consultado junio 7, 2012]. Disponible en: <http://worldbankva.adobeconnect.com/p7meapm7w4m/>
81. Seguro Popular. Evidencia de una política pública acertada: el Seguro Popular Colloquium. Presentation at National Museum of Anthropology, 2011 Jul 12, Mexico City, Mexico.
82. Savedoff WD, Schultz P. Wealth from Health. Washington, DC: InterAmerican Development Bank, 2000.
83. Strauss J, Thomas D. Health, Nutrition, and Economic Development. *J Econ Lit* 1998;36:766-817.
84. Bloom DE, Canning D, Sevilla J. The effect of health on economic growth: a production function approach. *World Dev* 2004;32:1-13.
85. Commission on Macroeconomics and Health. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Geneva: World Health Organization, 2001.
86. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de población y vivienda 2010. Panorama sociodemográfico de México. México: INEGI, 2011.
87. Puentes-Rosas E, Sesma S, Gómez-Dantés O. Estimación de la población con seguro de salud en México mediante una encuesta nacional. *Salud Pública Mex* 2005;47(suppl 1):S22-S26.
88. Asociación Mexicana de Instituciones de Seguro. Estadísticas y estudios. [Consultado febrero 7, 2012]. Disponible en: <https://www.amis.com.mx/InformaWeb/IndexDocs.jsp?IdRamo=4>
89. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2010-2011, México: IMSS, 2011.
90. Presidencia de la República. Sexto Informe de Gobierno. México City: Presidencia de la República, 2006. [Consultado junio 6, 2012]. Disponible en: <http://sexto.informe.fox.presidencia.gob.mx/index.php>
91. Gobierno Federal, Plan Nacional de Desarrollo. Informes de Ejecución 2007, 2008, 2009, and 2010. [Consultado febrero 6, 2012]. Disponible en: <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/primer-informe-de-ejecucion-html>
92. Secretaría de Salud. Quinto Informe de Labores. México: Secretaría de Salud, 2011. [Consultado junio 6, 2012]. Disponible en: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacion_programas/descargas/5_labores.pdf
93. Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística. Volumen 1: Recursos físicos, materiales y humanos. México: DGIS, Secretaría de Salud; 2000, 2004, 2009. [Consultado mayo 28, 2012]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/bie.html>
94. Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística. Volumen 3: Servicios otorgados y programas sustantivos. México: DGIS, Secretaría de Salud; 2000, 2004, 2009. [Consultado mayo 28, 2012]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/bie.html>
95. Secretaría de Salud. Evaluación del surtimiento de medicamentos a la población afiliada al Seguro Popular de Salud. En: Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación de procesos. México: Secretaría de Salud, 2007:59-78.
96. Huerta-Orellán V. Estudio de satisfacción de usuarios del Sistema de Protección Social en Salud, 2011. México: Universidad Autónoma de Chapingo, 2011.
97. Instituto Mexicano del Seguro Social. Encuesta nacional de satisfacción de derechohabientes usuarios de servicios médicos del IMSS. México: IMSS, 2009-2011.
98. Levy TS, Hernández SV, Rivera Dommarco JA. Resultados de la ENSANUT 2006. México: Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, 2007. [Consultado abril 10, 2012]. Disponible en: http://www.insp.mx/ensanut/resultados_ensanut.pdf
99. Secretaría de Salud. Utilización de servicios y trato recibido por los afiliados al Seguro Popular de Salud. En: Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación de procesos. México: Secretaría de Salud, 2006:39-57.
100. Sosa-Rubi S, Salinas-Rodríguez A, Galárraga O. Impact of Seguro Popular on catastrophic and out-of-pocket expenditures in rural and urban Mexico, 2005-2008. *Salud Publica Mex* 2011;53(suppl 4):S425-S435.
101. Presidencia de la República. Objetivos de desarrollo del milenio en México. Informe de avances 2010. México: Presidencia de la República, 2010.
102. WHO, UNICEF. Countdown to 2015: maternal, newborn and child survival. En: Decade Report (2000-2010): taking stock of maternal, newborn and child survival. Geneva: WHO, UNICEF, 2010.
103. Martínez S, Carrasquilla G, Guerrero R, et al. Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. *Salud Publica Mex* 2011;53(supl 2):S78-S84.
104. Consejo Nacional de Población. Encuesta nacional de la dinámica demográfica (ENADID). México: CONAPO, 2009. [Consultado abril 10, 2012]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/encuesta/Enadid2009/Index.html>
105. Secretaría de Desarrollo Social. Documento compilatorio de la evaluación externa 2008 del programa Oportunidades. México: Secretaría de Desarrollo Social, 2010. [Consultado abril 3, 2012]. Disponible en: http://www.oportunidades.gob.mx/EVALUACION/441c7c1a3d30adf64e0e724174a9d527/impacto/2010/Documento_Compilatorio_2008.pdf
106. Fernald CH, Gertler PJ, Neufeld LM. 10-year effect of Oportunidades, Mexico's conditional cash transfer programme, on child growth, cognition, language, and behaviour: a longitudinal follow-up study. *Lancet* 2009;374:1997-2005.
107. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informes de resultados. [Consultado marzo 30, 2012]. Disponible en: <http://www.seguro-popular.gob.mx>
108. Lazcano-Ponce E, Palacio-Mejía LS, Allegri-Leigh B, et al. Decreasing cervical cancer mortality in Mexico: effect of Papanicolaou coverage, birthrate, and the importance of diagnostic validity cytology. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2008;17:2808-2817.

109. Caballero F. Seguro Popular: resultados y perspectivas. [Consultado marzo 30 2012]. Disponible en: http://www.congisp2011.org/programa_cientifico/pdf/Viernes/MT28/DrFranciscoCaballero.pdf
110. Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Breast Cancer in Mexico: a pressing priority. *Reprod Health Matters* 2008;16:113-123.
111. Presidencia de la República. En 2012 se aplicará la vacuna contra el papiloma humano. [Consultado marzo 23, 2012]. Disponible en: <http://www.presidencia.gob.mx/2011/08/a-partir-de-enero-de-2012-se-vacuna-ra-contravph-a-todas-las-ninas-de-9-anos/>
112. Arce-Salinas C. Tratamiento del cáncer de mama en una institución de tercer nivel con Seguro Popular. *Rev Invest Clin* 2012;64:9-16.
113. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Catálogo universal de servicios de salud. México: CNPSS, Secretaría de Salud, 2008. [Consultado junio 6, 2012]. Disponible en: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/Otras%20Publicaciones%20de%20interes%20relacionados%20con%20el%20VIH/CENSIDA/CAUSES%20EXPLICITO%202008%20DEFINITIVO.pdf>
114. Pérez-Cuevas R, Doubova S, Zapata-Tarres M, et al. Scaling up cancer care for non-insured children in developing countries: México. [Consultado marzo 30, 2012]. Disponible en: <http://www.ghfi2.org/?p=3155>
115. Hospital Infantil de México Federico Gómez. Análisis de los factores asociados a la variabilidad de los resultados en salud y costos del proceso de atención de cáncer en niños (Leucemia Linfoblástica Aguda y Linfoma de Hodgkins). Informe Final. México Hospital Infantil de México, CNPSS, 2010. [Consultado junio 7, 2012]. Disponible en: http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/estudios_seguro_popular/evolucion_resultados_perspectivas_sistema_proteccion_social_salud_2010/3_Analisis_factores_asociados_variabilidad_resultados_salud_en_cancer_ninos.pdf
116. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Estudio de satisfacción de usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2011. México: CNPSS, Secretaría de Salud, 2011. [Consultado junio 6, 2012]. Disponible en: http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Estudio_Satisfaccion/estudio_de_satisfaccion_2011.pdf
117. Secretaría de Salud. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Indicadores de Resultado. México; 2012. [Consultado marzo 30, 2012]. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/ir.html>
118. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de Resultados 2011, 2012. México: CNPSS, Secretaría de Salud, 2011, 2012.
119. Corporación Latinobarómetros. Informe 2011. [Consultado marzo 7, 2012]. Disponible en: <http://www.latinobarometro.org/latino/LATcontenidos.jsp>
120. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez O, Wong R. Financiamiento y sistema de salud en México: evolución en la desigualdad en la carga financiera entre población afiliada a la seguridad social y afiliados al Seguro Popular de salud y no asegurados en México, 1992-2010. México: Fundación Mexicana para la Salud, 2011.
121. Victora CG, Peters DH. Seguro Popular in Mexico: is premature evaluation healthy? *Lancet* 2009;373:1404-1405.
122. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud. Recursos financieros. México: DGIS, Secretaría de Salud. [Consultado enero 12, 2012]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones/bie.html>
123. Mohar A, Bargalló E, Ramírez MT, Lara F, Beltrán-Ortega A. Recursos disponibles para el tratamiento del cáncer de mama en México. *Salud Publica Mex* 2009;51(supl 2):S263-669.
124. Dirección General de Evaluación del Desempeño/Secretaría de Salud, con base en datos 2010 del Sistema Nacional de Información en Salud. [Consultado marzo 7, 2012]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/estadisticasportema.html>
125. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010. Tabuladores sobre localidades con menos de 5 000 habitantes. Localidades y población por tamaño de localidad según conexión a carretera, tipo de carretera y distancia a carretera de las localidades no conexas. [Consultado enero 26, 2012]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/cpv2010/tabulados_localidades.aspx
126. Secretaría de Salud. Observatorio del desempeño ambulatorio. México: Secretaría de Salud, 2011.
127. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Velázquez E, Dorantes J, Méndez O, Ávila-Burgos L. El costo de la atención médica del cáncer mamario: el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Publica Mex* 2009;51(supl 2):S286-295.
128. Knaul FM, Frenk J, Shulman L. For the Global Task Force on Expanded Access to Cancer Care and Control in Developing Countries. Closing the cancer divide: a blueprint to expand access in low and middle income countries. Boston, MA: Harvard Global Equity Initiative, 2011.
129. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Estudio sobre la prestación de servicios para la detección temprana y tratamiento del cáncer de mama en los estados de Jalisco, Morelos y Nuevo León. [Consultado marzo 30, 2012]. Disponible en: http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=187:estudio-sobre-la-prestacion-de-servicios-para-la-deteccion-temprana-y-tratamiento-del-cancer-de-mama-en-los-estados-de-jalisco-morelos-y-nuevo-leon&catid=58:estudios&Itemid=252
130. Fundación Mexicana para la Salud. Proyecto de universalidad de los servicios de salud. Versión para debate. [Consultado junio 6, 2012]. Disponible en: http://www.funsalud.org.mx/eventos_2012/Universalidad%20de%20los%20servicios%20de%20salud/Universalidad%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf
131. Fundación Mexicana para la Salud. La salud en México 2006/2012. La Visión FUNSALUD. México: Fundación Mexicana para la Salud, 2012. [Consultado marzo 30, 2012]. Disponible en: http://www.funsalud.org.mx/vision_2006-2012/documentos/VISION%20SALUD.pdf
132. Sridhar D, Gostin LO, Yach D. Healthy Governance. How the WHO can regain its relevance. *Foreign Affairs* (New York), May 24, 2012.
133. Ruelas E. Citizen's Quality Councils: an innovative mechanism for monitoring and providing social endorsement of healthcare providers performance? *Healthcare Papers* 2006;6(3):33-37.
134. Ruelas Barajas E. Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud. *Salud en Tabasco* 2005;11(1-2):301-302.
135. Secretaría de Salud. Political Declaration on Universal Health Coverage. Sustaining universal health coverage: sharing experiences and promoting progress. Documentation provided by the Ministry of Health of Mexico at the International Forum on Universal Health Coverage. Mexico City, April 2, 2012.
136. Becerril-Montekio V, Reyes JD, Manuel A. The health system of Chile. *Salud Publica Mex* 2011;53(supl 2):S132-S143.
137. Kapp, C. Aaron Motsoaledi: South African Minister of Health. *Lancet* 2009;374:776.
138. McIntyre D, Ataguba J. Modelling the affordability and distributional implications of future health care financing options in South Africa. *Health Policy Plan* 2012;27(supl 1):i101-112.
139. Reddy KS, Patel V, Jha P, Paul VK, Shiva Kumar AK, Dandona L. Towards achievement of universal health care in India by 2020: a call to action. *Lancet* 2012;377:760-768.
140. Planning Commission of India. High level expert group report on universal health coverage for India. New Delhi: Planning Commission of India, 2011.
141. Thailand's universal coverage scheme: achievements and challenges. An independent, assessment of the first 10 years (2001-2010) Nonthaburi, Thailand: Health Insurance System Research Office, 2012:1-120. [Consultado mayo 13, 2012]. Disponible en: <http://hisro.or.th/main/download/book018.pdf>

142. Atun R, Knaul FM, Akachi Y. Innovative financing: local and global opportunities. En: Knaul FM, Frenk J, Shulman L, eds. Closing the cancer divide: a blueprint to expand access in low and middle income countries. Harvard Global Equity Initiative, Boston, MA, October, 2011. [Consultado abril 2, 2012]. Disponible en: <http://gtfccc.harvard.edu>.
143. Milla A, Atagube JE, Akazili J, et al. Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage. *Lancet* 2012; published online May 15. doi:10.1016/S0140-6736(12)60357-2.
144. Erus B, Aktakke N. Impact of healthcare reforms on out-of-pocket health expenditures in Turkey for public insurees. *Eur J Health Econ* 2012;13:337-346.
145. Wagstaff A. Universal health care and informal labor markets. The case of Thailand. Policy Research Working Paper 6116. Washington, DC: World Bank, Development Research Group, Human Development and Public Services Team, 2012.
146. Nguyen KT, Hai-Khuat OT, Ma S, Pham DC, Hong-Khuat GT, Prah-Ruger J. Impact of health insurance on health care treatment and cost in Vietnam: a health capability approach to financial protection. *Am J Public Health* 2012; 102(8): 1450-1461.
147. Editorial. What can be learned from China's health system? *Lancet* 2012;379:777.
148. Chen L, Xu D. Trends in China's reforms: the Rashomon effect. *Lancet* 2012;379:782-783.
149. Yip WC, Hsiao WC, Chen W, et al. Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms. *Lancet* 2012;379:833-842.
150. Wagstaff A, Yip W, Lindelow M, Hsiao WC. China's health system and its reform: a review of recent studies. *Health Econ* 2009;18:S7-S23.
151. Frenk J, Sepúlveda J, Gómez-Dántes O, Knaul F. Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico. *Lancet* 2003;362:1667-1671.
152. Schrecker T. Multiple crises and global health: New and necessary frontiers of health politics. *Glob Public Health* 2012;7:557-573.
153. Knaul FM, Frenk J. Strengthening health systems to address new challenge diseases (NCDs). *Harvard Public Health Rev* 2011;42-44.
154. Farmer P, Frenk J, Knaul FM, et al. Expansion of cancer care and control in countries of low and middle income: a call to action. *Lancet* 2010;376:1186-1193.
155. Porter M. A strategy for health care reform. Toward a value-based system. *N Engl J Med* 2009;361:109-112.
156. Sepúlveda J. Foreword. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al, eds. Disease control priorities in developing countries. 2nd ed. New York: Oxford University Press for The World Bank, 2006:13-15.