

TRANSCRIPCIÓN WEBINAR:

**LA ECONOMÍA POLÍTICA EN LA SALUD.
¿QUÉ LECCIONES NOS DEJA LA INTRODUCCIÓN
DEL PLAN DE BENEFICIOS EN MÉXICO?**

Presentado por Eduardo González-Pier. Septiembre 2018

División de Protección Social y Salud
Banco Interamericano de Desarrollo
www.iadb.org/es/salud - scl-sph@iadb.org

Copyright © 2017 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObras-Derivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



LA ECONOMÍA POLÍTICA EN LA SALUD. ¿QUÉ LECCIONES NOS DEJA LA INTRODUCCIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS EN MÉXICO?

Septiembre, 2018

Presentado por **Eduardo González-Pier**

ENCUENTRA EL WEBINAR EN REDCRITERIA.ORG

Contenido

- 1 | Contexto de México
- 2 | Sistema de Protección Social en Salud
- 3 | Temas difíciles pero ineludibles
- 4 | Lecciones aprendidas
- 5 | Conclusión

CONTENIDO

(Min. 00:03:43)

Yo quisiera platicar un poco sobre los aspectos de política económica de la reforma en México. Entonces la idea, como comentaba, es platicar un poco sobre los temas de política económica. Lo que quisiera hacer en los próximos cuarenta minutos es ver tres cosas: primero, un poco de antecedentes e introducción del caso de México y, en particular, la reforma que se hizo hace ya aproximadamente catorce años. Hemos tenido mucho tiempo de ver qué ha pasado y de tener algo de reflexiones. Luego quisiera abordar algunos temas complejos o medulares, aquí lo ponemos como ineludibles, que son parte de cualquier proceso de reforma política de importante impacto. Y yo creo que muchos los hemos visto en distintas partes de los países del hemisferio. Y luego una serie de reflexiones que me gustaría compartir con ustedes, que son reflexiones, quizás, por supuesto, más de corte personal, pero que son importantes y a lo mejor arrojan algunos casos similares en otras regiones.

1 | Contexto de México

- Población: 124.7 millones
- Tasa de fecundidad: 2.2
- Esperanza de vida : 75 años (78 mujeres; 72 hombres)
- Mortalidad en menores de 5 años: 14.6 por 1,000 nacidos vivos
- Mortalidad materna: 38.2 por 100 mil nacidos vivos
- PIB per cápita: 8,588 dólares
- Gasto total en salud: 5.4% del PIB
- Gasto público en salud per cápita: 558 dólares
- Financiamiento público / privado: 51.7% / 48.3% (principalmente gasto de bolsillo)



Fuentes: Proyecciones del Consejo Nacional de Población, datos de la OMS y de la OCDE.

Blutitude

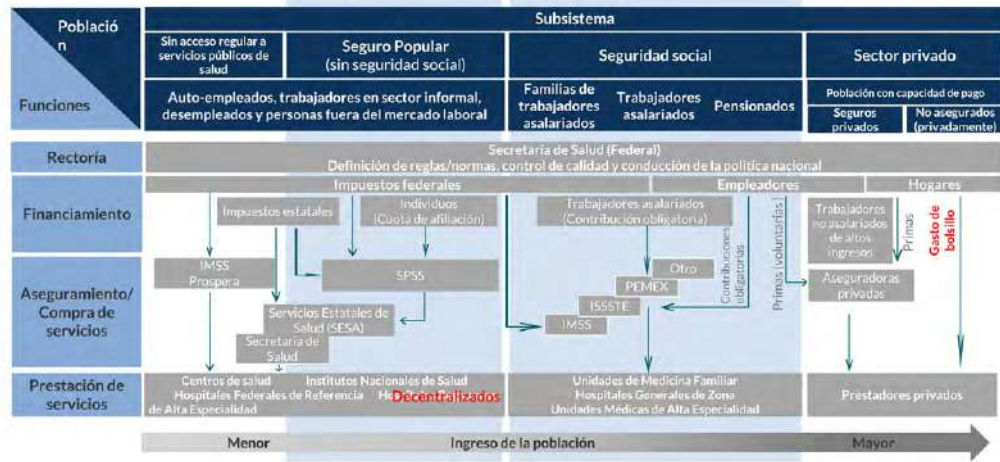
CONTEXTO DE MÉXICO

(Min. 00:05:33)

Empezamos un poco con el contexto de México. Yo sé que todos ubican y saben mucho sobre el sistema y el país, pero además de algunos indicadores básicos sobre el caso de México, lo categorizamos como un país en una transición epidemiológica y poblacional ya bastante consolidada. Pero llamo su atención a los últimos tres datos que aparecen en la lámina. El primero es que las últimas cifras que publicó la OECD arrojan que México invierte 5% de su PIB en salud. Es una cifra baja a niveles regionales. Es una cifra que ha bajado en los últimos años. Tuvo su pico hace aproximadamente 4 o 5 años en 6.1%. Una reflexión importante es por qué está bajando la participación de salud en el BIP total y, en cierto grado, por qué el sector y, en particular, los liderazgos del sector no han sido capaces de atraer más recursos públicos hacia el sector de salud.

El segundo punto es el gasto per cápita en salud, que es de 558 dólares. Es poco y eso es relevante en términos de definir qué se incluye y qué no se incluye en los planes de cobertura pública. Y un tercer punto también muy importante es la participación pública y privada del financiamiento. En el caso de México, una participación importante es privada y además de bolsillo. Entonces cualquier reforma siempre se va a encontrar contra un sector privado muy participativo con muchos intereses y sobretodo con un interfaz y un engranaje con el sector público donde todo lo que se hace del lado público tiene consecuencias e implicaciones por supuesto de economía y política en la parte del sector privado.

2 | Sistema de protección social en salud



Fuente: Adaptado de: Giedión U et al (eds) (2014) Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional. Washington D.C.; Banco Interamericano de Desarrollo.

CONTEXTO DE MÉXICO

(Min. 00:07:31)

El sistema de protección social en salud es el término técnico de la reforma porque –y esa es interesantemente una de las primeras lecciones de economía política– el Seguro Popular como nombre no existe en ninguna ley. En realidad se le llamó Seguro Popular, aunque la Ley habla del sistema de protección social. Y eso se hizo en el 2004 con la intención de que cada gobierno que fuera transitando pudiera re-etiquetarlo para razones de impacto político y siempre con la intención de que cada gobierno quiere reinventar el sistema, pero pudieran hacerlo mediáticamente sin entrar a cambiarlo en su sustancia. Entonces, se ha seguido llamando el Seguro Popular y los gobiernos han decidido mantener la marca del Seguro Popular, ya después de tres transiciones políticas de seis años.

Pero es importante acordarnos de que en México, en realidad, no tenemos un sistema de salud. Tenemos un conjunto de subsistemas de salud que son los tradicionales: un sistema de

seguridad social mejor financiado con toda su estructura tradicional y verticalmente integrado entre financiamiento, prestación y población específica, con todas sus redes de servicio. Este no se comunica mucho con el subsistema de población no asegurada de la seguridad social, a la cual iba enfocada el Seguro Popular. Ese también tiene su estructura de financiamiento, sus clínicas, sus médicos y su población objetivo. La suma de estos dos, sin entrar en los detalles de otros subsistemas menores, es el 100%, la mayoría del sistema de salud público. Y es importante entender que de lo que vamos a hablar es, en particular, de la reforma que se hizo solamente en el subcomponente de Seguro Popular o población no atendida por la seguridad social, que es la mitad de la población en México, que son 60 millones de habitantes. Y después, como mencionaba, la mitad del gasto total es privado y esa mitad va a los dos extremos, todos los que sí podrían tener seguridad social pero por razones de la calidad del servicio optan por un servicio privado. Ahí tenemos aseguradoras con sus estructuras tradicionales y el gasto de bolsillo y un sector privado, quizás de población pobre –lo estoy organizando de la izquierda a la derecha de la población de menos a más ingresos– que básicamente son todos aquellos que también optan por un sector privado pero no por razones tanto de calidad, sino de acceso geográfico.

Entonces, de lo que vamos a hablar es de la parte del Seguro Popular. Sí es importante mencionar que la estrategia tradicional de los cincuenta hasta los noventa siempre fue que íbamos a dejar que la seguridad social eventualmente cubriera toda la población. Y eso se iba a hacer cuando todos los trabajadores iban a tener un empleo formal asalariado. Eso iba a ir desplazando la población sin acceso a seguridad social. Y ese era el objetivo final del sistema. Eso no sucedió. Creo que hay cierto consenso de que no va a suceder. Las modalidades que más crecen de contratación laboral no son contrataciones subordinadas asociadas a un salario. Entonces hay una crisis importante sobre el modelo de financiamiento de la salud y es el caso que buscaba el Seguro Popular.

La idea es movernos por funciones donde, en vez de tener la rectoría del financiamiento del aseguramiento y de la prestación fragmentada, nos vayamos a un sistema donde las funciones se integran de tal manera que la población pueda tener un mismo sistema de salud.

2 | Sistema de protección social en salud



• "Seguro Popular de Salud" para la población no asegurada y sin acceso a la seguridad social bajo un periodo de transición de 7 años + recursos federales frescos para cubrir un paquete explícito de intervenciones de salud a la persona.

• Protección de los servicios de salud a la comunidad.

La reforma tuvo como objetivo reducir brechas en:

1. Asignación per cápita de recursos federales entre la población con seguridad social y el resto de la población (2.5:1)
2. Asignación per cápita de recursos federales para la población sin seguridad sociales entre estados (4.3:1)
3. Asignación per cápita de recursos complementarios financiados por los gobiernos estatales (115:1)
4. Protección financiera (reducir gastos catastróficos y empobrecedores, establecer contribuciones familiares (pre-pago) con base en nivel socio-económico)

CONTEXTO DE MÉXICO

(Min. 00:11:24)

Lo que es importante entender es que la reforma en México arrancó con un piloto en el 2002-2003. Era la administración en su momento bajo el presidente Fox y el entonces Secretario de Salud Julio Frenk, que arrancó en el año 2001 y para el año 2002-2003 había un piloto y una reforma a la ley reglamentaria en el 2003 que entró en vigor en el 2004. Estamos hablando ya de catorce años completos de entender qué es lo que ha pasado.

Un punto muy importante es que la reforma en México no fue una reforma completa e integral del sistema de salud. Fue una reforma principalmente financiera. Por supuesto, al reformar las finanzas se reforman muchas otras cosas, pero es importante entender que no fue una reforma sobre el sistema hospitalario, sobre la atención primaria o los recursos humanos, y tantas otras reformas que se pueden hacer. Fue una reforma exclusivamente al componente y los subcomponentes del financiamiento de la salud. Y obedecía a un tema muy importante que

era la necesidad de generar más equidad en el sistema. Equidad en términos de cerrar brechas financieras –como lo dice el punto 4 en la lámina. Las brechas financieras más importantes eran que la población que tenía y no tenía seguridad social tuviera las mismas asignaciones de recursos públicos federales. Esta es una interrogativa ética –y lo voy a hablar en momentos más importantes– donde lo que se busca es un argumento con el Ministerio de Finanzas sobre igualdad o equidad fiscal para toda la población. También se buscaba cerrar brechas entre poblaciones en distintas zonas geográficas. México es un país muy desigual y lo que tenía eran asignaciones per cápita de los mismos recursos federales que podrían ir de cuatro o cinco a uno entre un Estado más favorecido o un Estado no favorecido por razones principalmente de cabildeo o de lógica política.

Después se buscaba que hubiera ciertas reglas claras en lo que aportaba el nivel federal y lo que aportaban los niveles locales para la salud, que era totalmente desigual. Y también una co-responsabilidad entre lo que aportaba el gobierno y lo que aportaba la población, ya sea como usuario o como un pre-pago de aseguramiento cada familia. Entonces se buscaba ponerle reglas claras al financiamiento de la salud buscando co-responsabilidades y transparencia en cómo los recursos federales, que son de todos, de impuestos generales, acababan comprando servicios para toda la población. Eso hacía y es lo que queremos evaluar y, por supuesto, las implicaciones en la parte prestacional es importante entenderlas, pero también es importante entender el alcance original de lo que se buscaba.

2 | Sistema de protección social en salud

	Dimensión	Acciones	Instrumentos de política
Protección social en salud 	Protección contra riesgos sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia epidemiológica • Control de vectores • Regulación de la seguridad y eficacia de bienes y servicios • Promoción de hábitos saludables • Prevención de enfermedades 	<ul style="list-style-type: none"> • Nueva agencia reguladora sanitaria – COFEPRIS (2002) • Cartilla de vacunación con perspectiva de género y línea de vida • Fondo para los servicios de salud a la comunidad
	Protección al paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de la atención (seguridad, efectividad y trato adecuado) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cruzada Nacional por la Calidad • Propuesta de nueva agencia reguladora de servicios médicos (2016 - bloqueada)
	Protección financiera	<ul style="list-style-type: none"> • Aseguramiento integral en salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro Popular: <ul style="list-style-type: none"> • Fondo servicios esenciales de salud • Fondo para la protección contra gastos catastróficos

Fuente: Adaptado de Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. The Lancet. 2012; Vol. 380: 1259-1279.

Blutitude

SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

(Min. 00:14:33)

Un concepto o eje-fuerza que se tenía en la reforma es el concepto de “protección”, por eso el título de la reforma o de la Ley Protección Social en Salud, con vertientes mucho más de lo que podía ser la atención médica. La protección médica la vemos más desde el punto de vista de la protección financiera. Pero hay componentes muy importantes para mejorar la salud, que era el concepto de protección contra riesgos sanitarios tanto activos como pasivos, y había una serie de estructuras complementarias como, por ejemplo, una instancia de regulación de medicamentos y dispositivos médicos y una serie de intervenciones asociadas a la comunidad o la sociedad en general; todo un programa de calidad asociada a esa nueva actividad que se iba a dar a través de mayor financiamiento para la atención médica, etc. Pero, en particular, el grueso de los recursos, y la principal preocupación que se tenía, era el tema del gasto catastrófico y empobrecedor. Por ello el nombre Seguro Popular, que buscaba cerrar esas discrepancias de gastos, sobre todo para la población más pobre.

2 | Sistema de protección social en salud

Principios financieros de la reforma

- 1 **Democrático**
Dinero sigue al paciente: capitación y reembolso por caso.
- 2 **Justo**
Reglas de co-financiamiento per cápita para los gobiernos federal y estatales y las familias establecidas por mandato legal.
- 3 **Responsable ante los pacientes**
Dos paquetes explícitos de intervenciones.
- 4 **Eficiente**
Uso de "nuevas" herramientas de financiamiento de la salud: pagos capitados ajustados por riesgo, acreditación de calidad para los proveedores, evaluación del desempeño, evaluaciones de tecnología sanitaria + otros.
- 5 **Sostenible**
Transición de presupuestos específicos no controlados por la Federación a asignaciones legalmente obligatorias basadas en la población inscrita con una fase de transición de 7 años.

Blutitude

SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

(Min. 00:15:44)

También había una serie de conceptos para hacer eso comunicable mediáticamente. En aquel tiempo pasamos a un gobierno de oposición, que no había habido cambio de gobierno en setenta años, entonces el concepto “democrático” era importante; que los recursos siguieran a la población y eso se podría llamar “capitación” en términos técnicos, pero la gente quería escuchar que los recursos seguían a la gente o al paciente. El otro aspecto era que fuera justo con reglas de co-financiamiento entre Estados, Federación y población. También era importante que fuera responsable ante los pacientes. Este es un componente muy fuerte sobre todo asociado al componente “democrático”. Lo que quieres es que haya paquetes explícitos o algo más exigible por parte de los pacientes. Y ahí el componente de hacer beneficios que la población supiera era importantísimo. Yo lo llamaría el “pivote” de la reforma. También se contemplaban una serie de elementos de eficiencia de que se lograrán resultados a través de herramientas modernas como la evaluación de desempeño, evaluación de calidad o la evaluación de tecnologías y

que no presionara las finanzas públicas y se lograra algo que fuera sostenible y que no fuera simplemente un arranque de recursos que otro gobierno no iba a poder mantener, porque eso genera daños muy importantes de inestabilidad y financieros para generar accesos a servicios.

SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

(Min. 00:17:20)

Entonces, en términos generales, es importante mencionar que lo que se buscaba es la alineación de los subcomponentes del financiamiento de la salud. En primer lugar, es entender de dónde iban a salir los recursos. ¿Cuánto iba a ser de impuestos generales? ¿Cuánto iba a ser por financiamiento de las familias? ¿Cuánto iban a ser impuestos locales a través de las aportaciones de los Estados, es decir, la bolsa, sobre todo con reglas claras de cuánto aporta cada quién? Después, ¿cómo esos recursos se traducían a un paquete de beneficios? En el caso de México, dos paquetes de beneficios. Y después, ¿cómo los beneficios iban a acabar comprando servicios o asignándose a la parte prestacional a través de reglas claras de asignación, principalmente pago por caso o pago per cápita, dependiendo del paquete?

2 | Sistema de protección social en salud

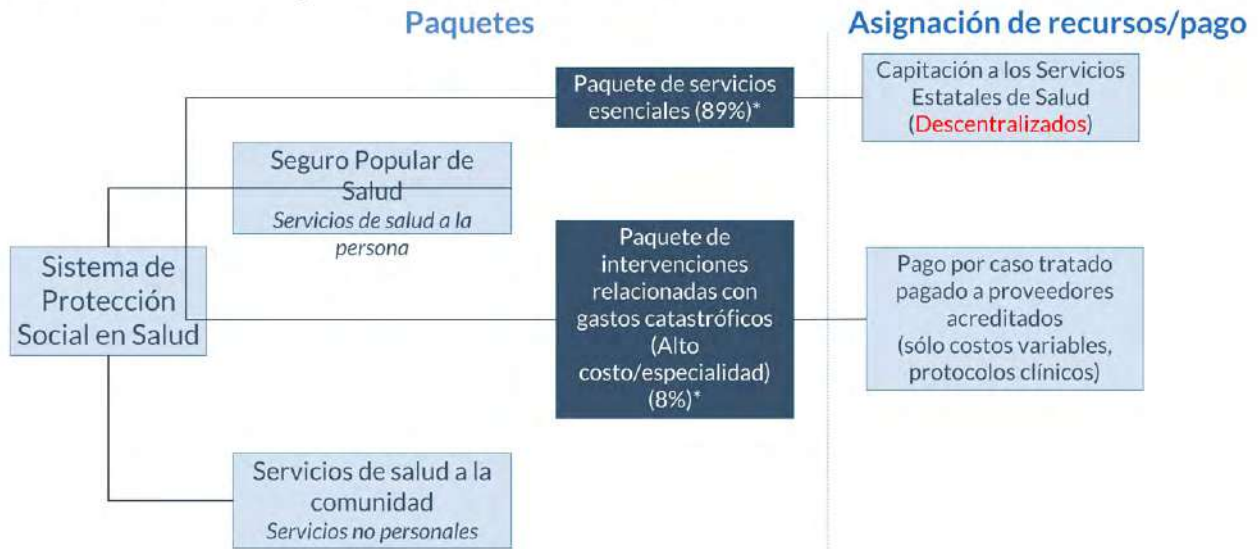
Dimensión	Bienes y acciones de salud	Fuente	Fondo	Asignación
Protección contra riesgos sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia epidemiológica • Regulación de la seguridad y eficacia de bienes y servicios • Promoción de hábitos saludables • Prevención de enfermedades • Control de vectores 	<ul style="list-style-type: none"> • Impuestos generales • Impuestos generales + cuota por servicio • Impuestos generales + recursos de gobiernos locales 	<ul style="list-style-type: none"> • Presupuesto de la Secretaría de Salud • COFEPRIS • Fondo para los servicios de salud a la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Partida presupuestal • Programa y presupuesto por partida presupuestal
Protección del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de la atención (seguridad, efectividad, trato adecuado) 	<ul style="list-style-type: none"> • Impuestos generales 	<ul style="list-style-type: none"> • Presupuesto de la Secretaría de Salud • Propuesta de nueva agencia (bloqueada 2016) 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa y partida presupuestal
Protección financiera	<ul style="list-style-type: none"> • Aseguramiento en salud integral 	<ul style="list-style-type: none"> • Impuestos generales + recursos de gobiernos locales compensatorios (matching funds) + cuotas familiares = 89% • Impuestos generales + recursos de gobiernos locales compensatorios (matching funds) + cuotas familiares = 89% 	<ul style="list-style-type: none"> • Fondo para servicios esenciales de salud • Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos 	<ul style="list-style-type: none"> • Capitación prospectiva • Reembolso por caso atendido

SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

(Min. 00:18:16)

Lo que es importante es que se le da cierta congruencia en el sentido de las fuentes de financiamiento, los fondos que se utilizan para sumar esas fuentes y la forma en la que los recursos bajan hacia los servicios. Cada uno de esos tiene una lógica distinta dependiendo de si estamos hablando de bienes públicos de la salud, como riesgos sanitarios, si estamos hablando de la protección del paciente y temas de calidad o si estamos hablando de protección financiera. Pueden ver debajo de la lámina dos fondos. Un fondo es asociado a servicios esenciales de salud, que es principalmente atención primaria y hospitalización básica y también el fondo de protección contra gastos catastróficos, que es una innovación importante. Se separaron los fondos de la atención primaria y hospitalización básica de los fondos de alta especialidad en un fondo distinto. El primero es capitación y el segundo es reembolso por caso. Y esa sigue siendo la lógica y mucha de la dinámica/polémica o discusión alrededor de la ampliación de la cobertura, y la interacción con el sector privado y los Estados está alrededor de qué intervenciones se dan en qué servicios y sobre todo cómo se paga y reembolsa cada una de las intervenciones.

2 | Sistema de protección social en salud



* El 3% restante corresponde al Fondo de Previsión Presupuestal: Los recursos de este fondo financian infraestructura y equipamiento, y cubren las diferencias en los pagos entre estados que intercambian servicios.

Blutitude

SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

(Min. 00:19:41)

Aquí vemos esto de los paquetes y la distribución. La mayoría, el 89% de los recursos, es para los servicios primarios. Pero también una parte importante y creciente –y quizá es donde está el componente político más complejo– es “alta especialidad” por la presión de grupos organizados de pacientes y de la industria.

2 | Sistema de protección social en salud

Paquete de servicios esenciales	Paquete de intervenciones de alto costo
<p>Consiste en seis grupos de intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Salud preventiva (27) ii) Medicina familiar y consultas de especialidad (110) iii) Servicios dentales (7) iv) Servicios de emergencia (27) v) Atención hospitalaria (49) vi) Cirugías (67) <p>con un total de 287 intervenciones.</p> <p>Cada intervención incluye la descripción del diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, exámenes de diagnóstico y medicamentos.</p> <p>También cuenta con una lista de 660 medicamentos.</p>	<p>Consiste en 9 grupos de enfermedades que cubren 61 intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Cuidados intensivos neonatales (3) ii) Desórdenes congénitos (18) iii) Desórdenes metabólicos (2) iv) Cáncer en niños y adolescentes (22) v) Cáncer en adultos (8) vi) VIH/SIDA (1) vii) Infarto agudo al miocardio (1) viii) Hepatitis C (1) ix) Trasplantes y anomalías cromosómicas (5)

Fuente: Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados. Primer semestre del 2017.

Blutitude

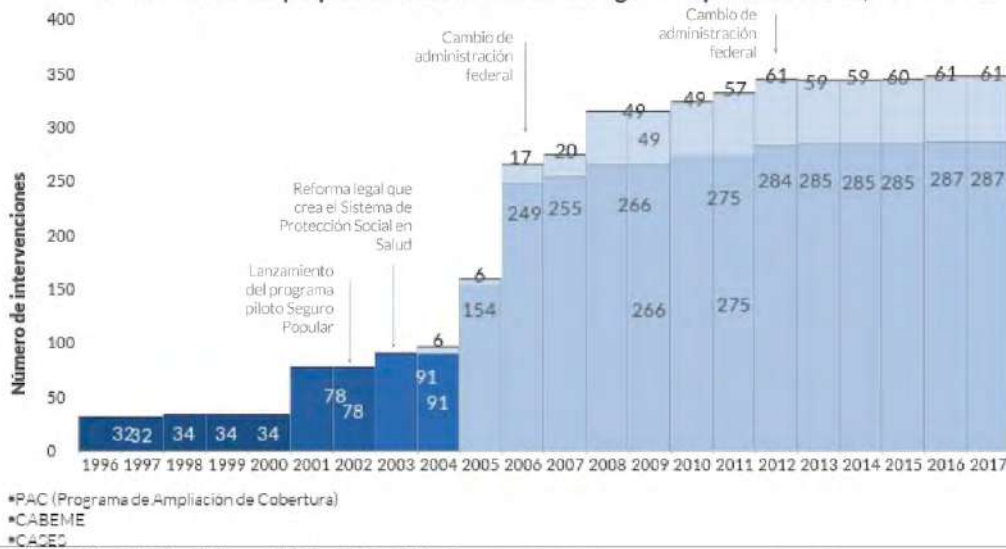
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

(Min. 00:20:07)

Aquí nada más en síntesis tenemos en qué consisten los paquetes. El paquete de servicios esenciales tiene 287 intervenciones, generalmente descritas, toda la parte de salud primaria, como mencioné, y hospitalización y, después, algunos medicamentos asociados a estas intervenciones. Y, después, el paquete de intervenciones de alto costo son nueve grupos y 61 intervenciones. Esto ha ido cambiando los últimos catorce años y ahí vemos las características principales de los grupos. Ahorita platico más sobre el tema.

2 | Sistema de protección social en salud

Evolución de los paquetes de beneficios del Seguro Popular de Salud, 1996-2017



Fuente: Para 2017, Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados, Primer semestre del 2017.

Blutitude

SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

(Min. 00:20:40)

La transición empezó en el 2004. Pero desde antes ya había una tradición en México a través de algunos esquemas de participación de créditos del BID y del Banco Mundial de probar algunos paquetes de atención prenatal y de atención primaria; pero vean el escalamiento de intervenciones que se fueron sumando a los paquetes entre el 2004 y el 2012. Después, vean un aplanamiento de los paquetes y las intervenciones se estabilizan, principalmente porque se agota el recurso adicional. Es decir, empieza haber recursos mayores. Después de que hay recursos se amplía el acceso a través de más intervenciones, Toma una fase importantísima de respuesta de la oferta. Y, por último, viene el tema de agotamiento y ya todo lo que se empieza a incluir ya no puede tener una respuesta y también se generan reacciones o presiones importantes al respecto.

SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

(Min. 00:21:49)

¿Qué se ha logrado? Esta es una reflexión, otra vez personal, de lo que podría ser el sistema. Creo que se ha avanzado muy importantemente en la cobertura universal de salud. Se podría decir que a la fecha ya hay cobertura, por lo menos en una de las tres dimensiones del cubo, del 100% de la población. Creo que también se puede decir que ha habido un cambio significativo en temas de protección de los objetivos originales. Las cifras o las últimas estimaciones indican que sí se redujo el gasto catastrófico y el gasto empobrecedor asociado a mayor acceso a servicios que antes causaban este tipo de efectos. Hubo un incremento importante en el gasto público, por lo menos al principio, para población sin seguridad social. Esto refleja la idea de los recursos per cápita de población sin o con seguro. Y hubo una reducción de brechas que mencioné entre los órdenes de gobierno y la población que estaba en el IMSS y que estaba fuera del IMSS. Creo que los instrumentos también, sobre todos asociados a mayor financiamiento, se fueron fortaleciendo como más evaluación o mejores indicadores de servicios. Todo eso creo que ha sido parte de los éxitos.

¿Qué no ha funcionado tan bien o como previsto? Es parte de lo que se va aprendiendo sobre la marcha. Es que, como ustedes saben, el cubo de la cobertura universal es un cubo dinámico que va creciendo. Y el generar más servicios no significa que se genera en automático más acceso. Todavía hay brechas importantes de acceso en ciertas intervenciones que no han sido cubiertas y, por supuesto, se han sumado más intervenciones y más tecnologías. Y estas tecnologías generan presión sobre más inclusiones en el paquete. El tema de la calidad ha sido una asignatura pendiente. Generar más recursos, más acceso y más actividad médica es otro punto. Y la actividad médica tiene que tener directrices. Este es un rezago en términos de cómo hacer que los recursos acaben en buena calidad de servicios. También es muy importante que la oferta de medicamentos y dispositivos no responde igual que la oferta de otros insumos. Lo que más responde es, primero, consumibles, después, responde la infraestructura y lo último en responder son los recursos humanos. Y cuando el paquete necesita de todos los componentes para dar un servicio, esta es una restricción importante sobretodo en zonas sub-atendidas que suelen ser las zonas pobres o las zonas rurales.

Un tema importante es que cuando uno pasa a financiar paquetes e intervenciones, necesariamente se tiene que salir de financiar oferta. Es decir, en vez de asignar recursos para hospitales, plazas o medicamentos, empieza uno asignar recursos para atención primaria, intervenciones de parto atendido profesionalmente etc.; se generan ciertos acuerdos y se pierde control sobre los elementos de gasto. Entonces, los acuerdos que se han generado para generar servicios han regresado a tratar de controlar los conceptos de gasto. Hay un híbrido ahí donde no está claro si los dineros son para financiar la oferta o para financiar los servicios del paquete.

Las brechas de desempeño entre las entidades no nada más son una respuesta de la oferta sino también de las capacidades que tienen a nivel de hospitales y unidades para entender, reaccionar y tomarle oportunidad al sistema. Ha habido un progreso lento en la separación de funciones, en particular del financiador y del prestador a nivel local. Y, quizás, cuando uno pone demasiada atención en la atención médica, el financiamiento de los servicios que más se demandan relega o deja descuidada la atención de la comunidad, que suele ser parte de lo que más salud genera. En este sentido ha habido una desatención financiera de los aspectos de salud pública.

3 | Temas difíciles pero ineludibles

- 1 La relación entre los ministerios de salud y de finanzas
- 2 Del papel a la práctica (aspectos operativos centrales para la instrumentación)
- 3 Cómo mantener apoyo sostenido y cómo enfrentar los retos políticos (oposición)

SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

(Min. 00:26:18)

Ahora entremos a los temas de economía política. Hay tres que quiero mencionar brevemente que son muy importantes. Es ineludible la relación entre los Ministerios de Salud y Finanzas. El principal obstáculo de cualquier reforma, desde mi punto de vista, no son los externos, los gremios, los pacientes ni siquiera el Congreso; es, dentro del ejecutivo, los Ministerios o Secretarías de Finanzas, que son las que creen o están preocupadas por el balance macroeconómico y ven en salud una amenaza o un desequilibrio potencial del gasto. Lo segundo son aspectos operativos y después, una serie de reflexiones de cómo mantener apoyos en México.

3 | Temas difíciles pero ineludibles

Construir una alianza con el Ministerio de Finanzas



Hacer hincapié en los imperativos legales / éticos ...

El mandato constitucional / legal para "el derecho a la salud".

El acceso a la salud como un derecho humano.

Financiamiento equitativo de la salud como parte de los principios de equidad fiscal.



... y su compatibilidad con principios financieros sólidos

Valor por el dinero.

Sostenibilidad (estrategias efectivas de contención de costos).

Eficiencia (contra mala administración, corrupción, desperdicio).



Hacer trabajo de equipo y encontrar agendas compartidas

Acercamientos con los gobiernos subnacionales.

Evitar los juegos y oportunismos presupuestarios (por ejemplo, pagos familiares vs. pagos capitados individuales).

Promover el apoyo de la población para medidas fiscales (ej. IVA).

Evitar presiones a lo largo de líneas partidistas (asignaciones presupuestarias).

TEMAS DIFÍCILES PERO INELUDIBLES

(Min. 00:27:01)

El primer punto es cómo llevar una relación con Finanzas. Empieza reconociendo que son Ministerios distintos que se dedican a cosas distintas. No obstante hay complementariedades. Lo que creo que es importante entender es que las Secretarías o Ministerios de Salud están dedicadas y principalmente diseñadas para mejorar la salud. Pueden hacer muchas otras cosas pero al final del día, por lo regular, hay un mandato constitucional de un derecho de protección y del derecho a la salud. Los Ministerios están para lograr ese objetivo. Se puede hablar de otras cosas, como el efecto sobre el mercado laboral, la informalidad, la competencia, la propiedad industrial, pero lo importante es que los Ministerios de Salud requieren recursos para cumplir con su mandato institucional, que es mejorar la salud. Y eso es un punto de arranque para evitar una subordinación que el Ministerio de Salud atienda objetivos macroeconómicos, de gasto o de mercados laborales.

Segundo, es importante un discurso de eficacia, de eficiencia y de valor por el dinero. Y es muy importante que haya ciertos elementos de contención o de suspendibilidad del gasto. Lo que a los Ministerios de Finanzas les preocupa mucho es que esto se vuelva un cheque en blanco, una exigencia poblacional que después sea muy difícil de contener y que desequilibre los presupuestos públicos. Después está el tema de eficiencia. Es muy importante que haya lógica administrativa, que no haya dispendio y que no hayan elementos que sabemos que van contra la asignación adicional de recursos por la eficacia que se pudiera tener. Y en salud es algo muy difícil de entender cómo los recursos se convierten en resultados.

Hay un punto adicional a los primeros dos que, no obstante son Ministerios distintos, sí comparten ciertos objetivos. Y en el sentido de México hay ciertas cosas que se pueden trabajar en colaboración, por ejemplo, el tema fiscal. Muchas veces el tema fiscal va asociado a impuestos de temas que generan daños a la salud. Entonces la colaboración que se haga entre la agenda compartida fiscal de Salud y de Finanzas genera buena alianza y trabajo en equipo. Hay otros temas como, por ejemplo, reglas claras de presupuestos, evitar los juegos que se generan a nivel de los Estados y evitar los oportunismos de los partidos políticos por los temas de salud y recursos. Entonces, hay que mantener los focos distintos, pero al mismo tiempo entender que hay una agenda compartida donde puede haber sinergias y se puede mejorar el trabajo en equipo.

3 | Temas difíciles pero ineludibles

¿Cómo enmarcar el nuevo diálogo entre las áreas de salud y de finanzas/economía?



Blutitude

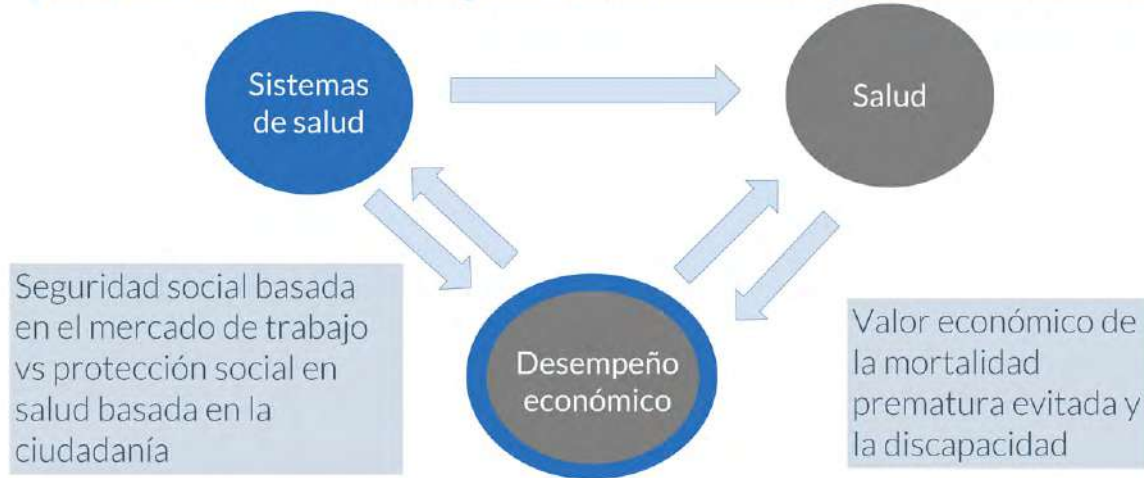
TEMAS DIFÍCILES PERO INELUDIBLES

(Min. 00:29:57)

Otro tema muy importante es entender la interacción entre los sistemas de salud, la salud y el comportamiento de la economía. Y aquí pongo dos áreas distintas que requieren más diálogo, porque el diálogo genera equipo y el equipo genera apoyos. El primero está basado en una agenda tradicional que es cómo hacer que los sistemas de salud ayuden al desempeño económico y mencioné los temas de seguridad social y laboral y los temas de competencia económica o de propiedad industrial. Son agendas fuera del sector de salud donde Salud tiene mucho que ver a través de los Ministerios. Y el otro es un discurso más difícil, complejo y nuevo, que es que mejor salud genera también mayor valor, productividad y valor económico y eso hace que Salud, más que verse como una oposición o una presión, sea como un aliado. Tener una población sana también es compartir y tener un mejor desempeño y una mayor productividad, una mayor generación de BIP y por supuesto de impuestos.

3 | Temas difíciles pero ineludibles

¿Cómo enmarcar el nuevo diálogo entre las áreas de salud y de finanzas/economía?



Blutitude

TEMAS DIFÍCILES PERO INELUDIBLES

(Min. 00:31:13)

Siguiendo con los temas difíciles está el aspecto de cómo mantener el apoyo y primero mantener, por supuesto, esta prerrogativa ética de que la Constitución habla de mayor salud; y también la Constitución y las leyes hablan de equidad fiscal. Es un tema que hay que separar. Después, el tema que a los Ministerios de Finanzas les preocupa siempre son las asignaciones etiquetadas y los “entitlements” o derechos constitucionales que quitan grados de libertad para el ajuste del gasto. Entonces, son discursos que hay que manejar y la salud se presta tanto a recursos fiscales etiquetados o “entitlements” o derechos que generan preocupación en el Ministerio de Finanzas. También para mantener apoyo es no dejar a los Ministerios de Salud solos. Hay aliados importantes. Muchos de ellos son, por supuesto, los gobiernos locales que se benefician de unas asignaciones más claras de los recursos de salud. Los grupos que se benefician de mayores beneficios y evitar que se etiqueten las reformas o los recursos como

el apoyo a un grupo político y que la salud se politice, porque eso genera resacas cuando se generan los cambios de gobierno.

3 | Temas difíciles pero ineludibles

¿Cómo abordar los desafíos políticos y gestionar la oposición a la implementación de la reforma?

Fuente de desafíos y oposición	Reclamos de los críticos	Cómo enfrentar el desafío o contrarrestar la oposición
1. Secretaría de Finanzas	Valor por el dinero (mala gestión / corrupción / desperdicio, especialmente en entornos descentralizados)	Desarrollar capacidad de supervisión externa / centralizar pagos
2.. Sindicatos y contribuyentes a la seguridad social	Brechas sostenidas en el acceso (especialmente en comunidades rurales)	Evaluar y publicar resultados de impacto (por un tercero independiente si es posible)
3. Instituciones de seguridad social	El aseguramiento en salud promueve la informalidad	Involucrar a la comunidad académica en la respuesta a preguntas sobre el impacto de las políticas
4. Partidos políticos que reclaman motivos electorales	Uso electoral de programas de CUS	Evitar nombramientos políticos en posiciones clave
5. ONGs y medios de comunicación	Falta de transparencia / preocupaciones sobre acceso y calidad	Trabajar en las barreras al acceso por el lado de la demanda y de la oferta
6. Proveedores de servicios privados/ no-gubernamentales	La tercerización de la atención es más eficiente	Provisión privada de servicios con carácter estratégico y piloto
7. Gobiernos locales y trabajadores de la salud	Las reformas tienden a aumentar la carga de trabajo sin beneficios adicionales o con recortes al empleos.	Trabajar con gobiernos locales y trabajadores de la salud para disipar temores y explicar la reforma

TEMAS DIFÍCILES PERO INELUDIBLES

(Min. 00:32:36)

Aquí hay una lista de siete protagonistas importantes de cualquier reforma. Los menciono brevemente y puse hasta arriba las Secretarías de Finanzas. Están los sindicatos o los grupos gremiales. La seguridad social es un área que se ve amenazada siempre cuando hay grupos que se incluyen. También están las instituciones de seguridad social. En el caso de México, el IMSS fue una oposición importante. Los partidos políticos que quieren sacar beneficio electoral a través de la salud. Las ONGs y los medios de comunicación también tienen un papel importante en las reformas. Los proveedores de servicios quieren ver mayores recursos y paquetes asociados a mayor venta de sus productos. Y también están los gobiernos locales y los trabajadores de

salud. En ese orden cada uno tiene su reclamo y hay una serie de políticas importantes para ir contrarrestando cada uno de los reclamos, mencioné la Secretaría de Finanzas. En el caso de los sindicatos es importante hablar de terceros que pueden evaluar y publicar los resultados; en el caso de las instituciones de seguridad social, lograr complementariedad y sinergias en la prestación de servicios. Y se pueden imaginar con partidos políticos cómo despolitizar los beneficios de los paquetes a cualquier tipo de estrategia electoral. Pero es muy importante tener cada pista muy bien identificada con sus preocupaciones y sus banderas y tener respuestas claras a cada uno de estos grupos en materia de qué se les puede ofrecer y cómo se les puede atender sus preocupaciones.

30

4 | Lecciones aprendidas

Reforma legislativa como una forma de hacer efectivo el **derecho a la protección de la salud**, establecer la visión a mediano o largo plazo y garantizar la continuidad.

Reforma legislativa/Instrumentación

Equidad

Equidad como argumento contra el cual nadie puede estar en contra, independientemente del partido político.

No subestimar la respuesta del lado de la oferta, especialmente los recursos humanos y los procesos de acreditación.

Respuesta por el lado de la oferta

Descentralización

Implementar una reforma en un contexto descentralizado requiere esfuerzos adicionales para fortalecer la capacidad de respuesta, especialmente si existe una gran heterogeneidad en las capacidades gerenciales a nivel estatal.

Una rectoría fuerte necesita de un buen monitoreo de los avances y la creación de capacidades para evaluar el impacto (ganancias de salud y protección financiera).

Rectoría: monitoreo, desarrollo de capacidades

Rectoría: garantía de calidad

Una rectoría fuerte necesita reafirmar la calidad (más dinero genera más actividad clínica con resultados inciertos).

Paquete es condición necesaria pero no suficiente para lograr los objetivos de CUS porque:

- a) Debe alinearse con la asignación de recursos o las reglas de financiación para la compra de servicios, y
- b) Aunque la separación comprador-proveedor y la responsabilidad local también son necesarias, son complejas de realizarse en un contexto descentralizado.

Paquete: necesario pero no suficiente

Paquete: continuidad de la atención y dinámica

Se requiere asegurar la continuidad de la atención entre paquetes (coordinación de la atención + sistemas de referencia) y el paquete debe ser dinámico. Necesario establecer procesos para garantizar que el paquete se revise y actualice continuamente, en particular costeos e introducción de nuevas tecnologías (eficiencia técnica).

Blutitude

LECCIONES APRENDIDAS

(Min. 00:34:22)

Ahora entrando al cierre, que son las lecciones aprendidas, hay una serie de reflexiones importantes. Primero, la reforma legislativa es la instrumentación. Es importante mencionar que

la reforma legislativa es una forma de traducir los derechos etéreos, quizás en una constitución a algo más instrumentable. Es importante tener una base legal sólida y eso se hizo en el caso de México. Una bandera o una prerrogativa de equidad, que es algo a lo que es muy difícil argumentar en contra. Es importante tener una respuesta del lado de la oferta y tener claro qué se requiere, que los dineros se acaben en servicios, y eso se toma como automático aunque no es automático en muchos casos. Otro punto es entender la descentralización, que es muy complicada en un sistema donde hay tantos participantes y tanta heterogeneidad como en el caso de México. La respuesta de un Estado industrializado en el norte y un Estado más rural del sur es muy distinta y si la bandera o la política era de equidad entonces hay que cuidar mucho la heterogeneidad de la respuesta en un sistema descentralizado.

Otro tema es el de los instrumentos de evaluación, que es la forma en la que se tienen que construir una serie de estrategias paralelas para saber qué está pasando, cómo se está midiendo, cómo se está apoyando la calidad o cómo se está viendo que se compre lo correcto.

Los temas de calidad los menciono como muy difíciles. Por lo regular una reforma que genera más recursos también genera más actividad. Y cuando genera más actividad médica, genera más oportunidades de fallas y de iatrogenia y problemas cuando no está preparada la respuesta médica. Y eso hace que tengas malos escenarios que pueden trabajar en contra de la reforma. El paquete, lo menciono ahorita brevemente, es muy importante porque los paquetes no funcionan automáticamente si no se generan todos los trabajos preparatorios de alineación y de respuesta a los proveedores. Y en el caso de los paquetes también es muy importante que sean dinámicos y que haya una coordinación entre los niveles de atención, atención primaria y atención en los hospitales cuando el paquete tiene que ver con los dos. Y, sobre todo, es importante tener reglas claras de inclusiones, de salidas y de ajustes a los paquetes para que empiece a darse una dinámica. La contraparte de explicitar es, por supuesto, una presión muy importante que se tiene que resolver. Lo que uno no quiere es un proceso capturado en términos de priorización y de qué se incluye y qué no se incluye.

4 | Lecciones aprendidas



En sistemas de salud fragmentados, la alineación de procesos relacionados con la definición de paquetes y la inclusión de nuevas tecnologías no ocurre en automático, hay que preverla como parte de la instrumentación de la reforma

LECCIONES APRENDIDAS

(Min. 00:37:17)

Un tema importante que mencioné al principio es que no es automático armar paquetes porque el resto de los componentes del sistema (principalmente qué medicamentos y dispositivos compra el gobierno, cómo se va a construir la infraestructura, la atención primaria y los hospitales y, quizás, el más importante, que son las capacitaciones y generación de profesionales de la salud) siguen estando desvinculados de los paquetes. Siguen de forma inercial; entonces podemos caer en la situación donde se generan una serie de servicios que se van a financiar y no hay respuesta porque está desvinculado el proceso de qué medicamentos se incluyen en un cuadro básico o en un formulario, qué unidades se construyen, qué tipo de médicos se forman. Entonces en este sentido hay muchos paquetes que chocan con la inercia operativa del resto de las inclusiones de insumos.

4 | Lecciones aprendidas



LECCIONES APRENDIDAS

(Min. 00:38:12)

En las lecciones aprendidas es importante mencionar que los paquetes, por lo menos, han generado impacto positivo en cuatro cosas. Generan instrumentos claros de cómo gestionar recursos. Antes se buscaba más dinero para la salud. Ahora se busca dinero para financiar intervenciones de insuficiencia renal, de diabetes o de cáncer. Entonces le da un sentido más apegado a pacientes y a la realidad. No es lo mismo ir a buscar dineros para la salud que para el tratamiento del cáncer de mama. Y así hace más poderoso el argumento de financiar la salud.

Otro impacto positivo es una cultura de rendición de cuentas. Los pacientes saben a qué tienen derecho y, por supuesto, exigen. Los proveedores saben que tienen que responder y también piden recursos adicionales asociados a medicamentos, equipamiento o recursos humanos específicamente asociados a lo que se está exigiendo. Eso ha sido muy bueno de

lograr una alineación, que acabo de mencionar, entre lo que se va a ofertar y los recursos humanos, físicos y tecnológicos.

Y también hay impactos positivos sobre la calidad, porque viene una discusión de cómo vamos a hacer para prestar este servicio. Se tienen que generar protocolos, se reúnen los colegios médicos y discuten hasta donde sí y hasta donde no y qué evidencia se tiene. Esto es muy positivo porque se ordena la discusión alrededor de temas de calidad técnica de los servicios.

4 | Lecciones aprendidas

33

Lecciones útiles que pueden allanar el camino:

1. No olvidar las intervenciones de salud pública dirigidas a la comunidad.
2. No subestimar la capacidad de respuesta de la oferta de servicios, en particular el componente de recursos humanos que requiere de especial atención.
3. Fortalecer las capacidades gerenciales a nivel local.
4. Fortalecer la rectoría e introducir instrumentos para la operación.

Blutitude

LECCIONES APRENDIDAS

(Min. 00:39:44)

Aquí hay un resumen de algunas lecciones aprendidas adicionales, digamos generales. Número uno, es que cuando la parte médica se lleva toda la atención se descuida la parte de salud pública. Hay que evitar que eso suceda porque, como mencionábamos, muchos de los bienes públicos de la salud son los que más salud generan en términos poblacionales.

Repito, no subestimar la capacidad de respuesta de la oferta de servicios, la heterogeneidad y el recurso humano. En el caso de México tuvimos intervenciones, como por ejemplo cánceres infantiles. Había financiamiento, política y protocolo pero lo que no había eran hematólogos pediatras y oncólogos pediatras que pudieran dar el servicio de cánceres infantiles, de leucemia. Entonces acababa siendo una frustración de expectativas de servicio que no se podían acomodar y responder por la falta de especialistas.

La capacidad gerencial a nivel local es otro aspecto, sobre todo en los hospitales. Tal vez no están diseñados para operar de forma autónoma para cabildear recursos y cobrar servicios. Y todos los instrumentos de rectoría, sobre todo de información y evaluación que tienen que ir emparejados.

5 | Conclusión

2002/2003



2018



Blutitude

CONCLUSIÓN

(Min. 00:41:00)

Las conclusiones las resumí en las próximas dos láminas. Creo que tenemos que pasar de un discurso y una situación actual. Aquí menciono todo el acervo de conocimiento que se tenía en el 2002-2003. Ahí pueden ver documentos muy importantes. Algunos son de México y algunos otros que estaban ya disponibles a nivel internacional. Hay una gran cantidad de análisis de políticas de salud. Es decir, no es fácil pero es factible saber qué es lo que se debe de hacer.

En el 2018 tenemos todavía más de lo que se tiene disponible. Están los documentos que se han generado del GBD, por el BID, por IDSI, Lancet sobre el plan de beneficios. Pero tenemos que pasar de cuáles son las buenas políticas a cómo se hace el análisis correcto de la implementación de la política. Es decir del análisis de la política al análisis de la estrategia de implantación.

5 | Conclusión

Una reforma legal es **condición necesaria pero no suficiente** para lograr el cambio. El gran reto consiste en traducir una buena política pública en resultados mediante un **análisis estratégico de la implantación** y un proceso de **arraigo y consolidación por convicción**.

CONCLUSIÓN

(Min. 00:42:07)

Y cierro con la conclusión, que es que una reforma legal es condición necesaria, pero no es razón suficiente para lograr resultados y cambios en el sistema de salud. A veces es hasta contraproducente porque se queda como una reforma legal en el falso sentido de haber logrado el resultado. Se bajan las defensas y se baja el ánimo y eso es apenas el principio. La parte más difícil es agarrar esos nuevos marcos jurídicos y nuevas estrategias de política y convertirlos en resultados. Y esto creo que se debe de hacer a través de dos cosas:

- la primera es un análisis estratégico de la implantación con los elementos que comenté: ¿quiénes son los jugadores? ¿Qué quieren? ¿Cuáles son sus banderas? ¿Cómo se atienden? ¿Cómo van a reaccionar? ¿Cuál va a ser el manejo de expectativas de la población, de los pacientes, de los pensionarios y de los sindicatos? Todo esto es muy importante atarlo con la reforma y el objetivo.

-Y después el arraigo. El arraigo yo creo (y estoy hablando en el caso de la experiencia de México, donde acabamos de tener elecciones el primero de julio, con un cambio de partido y un cambio de gobierno, con ideas muy distintas de lo que quieren hacer con el sistema de salud), el arraigo y la consolidación van a venir por convicción. Es decir, los que deben de defender el sistema son los pacientes, los médicos, los profesionales, los que han visto en todos estos cambios algo que les beneficia y que vale la pena defender. Entonces estas cosas vienen en proceso. Pero la parte más difícil, repito, es llegar a los resultados. Los resultados llegan, quizás a veces, en varios años, o a veces en décadas, y por eso la importancia de ver cómo todo esto se maneja con la transición con la economía política correcta y con el manejo de los mensajes y el impulso necesario.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

(Min. 00:45:11)

Pregunta:

¿Por qué se ha aplanado la inclusión de intervenciones en los últimos años?

Respuesta:

Se aplanó porque se agotaron los recursos. La cápita ya no tiene espacio para meter más intervenciones. Es interesantísimo cómo siguen presionando; por ejemplo en el caso de México, una de las presiones son los cánceres no cubiertos, sobre todo en adultos. Hay ciertos cánceres importantes que han tenido avances tecnológicos que no se pueden incluir. Para incluirlos se habría que sacar temas. O el caso de insuficiencia renal y diálisis, que no está cubierto por el Seguro Popular para mayores de 18 años. Entonces se agota la cápita y se agota la capacidad de meter, pero no se agotan las presiones. Y, como mencioné al principio, la participación de en el BIP se ha mantenido constante o se ha reducido. Eso ha generado mucho malestar. Entonces, una de las consecuencias de explicitar es también afrontar las expectativas de estas intervenciones y ser claro de que no están entrando nuevas intervenciones con las consecuencias del malestar de la sociedad.

(Min. 00:46:50)

Pregunta de Martín:

¿Cuáles fueron los motivos para crear un fondo especial para las intervenciones de alto costo? ¿Usted cree que ha sido una decisión beneficiosa y eficaz?

Respuesta:

Qué excelente pregunta porque no tengo clara la respuesta. Le puedo decir lo que se hizo pero no se dijo tal cual. La mayoría de las cosas que ofrece un sistema de salud, sobre todo en hospitales terciarios de alta especialidad, no son justificables desde el punto de vista de costo-efectividad. Las mejores formas de atender cánceres, diabetes o enfermedades cardio-vasculares siempre son las (...). Y cuando vamos a atenciones, sobre todo de alta especialidad, es difícil darlas por costo-efectividad que es la lógica del CAUSES. Entonces la siguiente lógica es decir: “bueno, hagamos lo que dice el sistema de protección financiera, que es evitar el empobrecimiento”. Entonces se sale de la lógica de justificar inclusiones con base en costo-efectividad y las quieres justificar con base en elementos de equidad y, en particular, de protección financiera. Y ese sí es el caso en los cánceres, por ejemplo, empobrece mucho a la población cuando se pagan de bolsillo. Lo mismo es el diálisis o los problemas cardio-vasculares hepáticos, etc. Entonces yo creo que la lógica es darle una dinámica distinta al proceso de inclusión y de justificación del gasto. Por eso se hizo separado. Ahora lo que hemos encontrado es que la frontera entre lo que es CAUSES y lo que es Fondo de Protección de Gastos es muy difícil de hacer. Qué se paga por caso y qué se paga por cápita también es muy difícil de identificar. Habría argumentos de subir y de bajar una o la otra. Entonces, creo que esto es una agenda de discusión pendiente porque a la hora que lo separas también la presión sobre alta especialidad es mucho más alta que la presión sobre CAUSES y corres el riesgo de sub-financiar atención primaria por atender las presiones de alta especialidad.

(Min. 00:49:17)

Pregunta de Ursula:

¿Valdría la pena pensar en un fondo para proteger las intervenciones para la comunidad?

Respuesta:

Yo creo que sí. Creo que quizás sería el primer fondo que hay que hacer. Las intervenciones a la comunidad no tienen una abogacía organizada. Siempre va a haber pacientes que presionen el acceso

a tratamientos de cáncer, de insuficiencia, etc. Pero nunca tienes al grupo de pacientes tratando de proteger el control de vectores o la promoción de hábitos saludables. Entonces ese fondo creo que es muy importante porque, además, es un fondo que no puede ser de institución por institución; no puedes hacer este tipo de intervenciones desde el IMSS o de la seguridad social y de un Estado pero no del otro. Son fondos públicos nacionales. Entonces la respuesta larga a tu pregunta corta es que definitivamente creo que es una frontera importantísima que hay que manejar.

(Min. 00:50:33)

Pregunta:

¿Hubo Estados federativos que hayan ampliado explícitamente y con recursos propios el Plan de Beneficios de Salud del Seguro Popular? En este caso, ¿qué participación tuvo en este proceso el gobierno nacional?

Respuesta:

Efectivamente México tiene Estados ricos y Estados pobres. Y parte de lo que pasaba, especialmente cuando tenías Estados ricos con Secretarios de Salud poderosos, especialistas de algún tipo que querían su especialidad reflejada en el presupuesto, entonces te encontrabas que había trasplantes cocleares en un Estado que no era parte de lo que se daba a nivel federal y después tenías intervenciones de cánceres o hospitales con unidades coronarias muy avanzadas. Preguntando por qué sucedía eso en esos Estados, la respuesta era porque, por un lado, tenían buenos recursos y, por el otro lado, tenían un Secretario de Salud que tenía una agenda muy específica sobre sus temas. Entonces parte de lo que hizo el paquete era regularizar, lo cual era difícil justificar que hicieras cosas fuera del paquete e hicieras cosas que no eran parte del paquete. Pero parte también fue adoptar estas cosas para ir sumando adherentes, de tal manera que el Seguro Popular no era una forma de invalidar las acciones que, con justa razón, los Estados se sentían muy orgullosos de cubrir. Y se fueron incluyendo cosas que ya tenían algunos Estados. Por supuesto, ahí hay un problema porque si empiezas a atender a un Estado rico y a acomodar sus intervenciones dejas fuera a un Estado pobre que no tiene posibilidad alguna de tener estas coberturas. Entonces, es un juego, un circo chino de diez pistas que tienes que ir malabareando y siempre tienes que tener soluciones transversales, perdiendo algunos y ganando algunos otros, donde generas más apoyos de los que pierdes.

(Min.00:52:46)

Pregunta de Tatiana:

Desde la experiencia de Colombia, la relación con los gobiernos subnacionales termina dejando atrás a los territorios que generan menos beneficios políticos. ¿Tiene en mente alguna forma de relacionarse con todos los municipios de manera más equitativa?

Respuesta:

Efectivamente. Por eso la seguridad social es tan poderosa. Porque no nada más tiene a población con capacidad de ingresos, sino tiene población políticamente muy activa. Y no es casualidad que deja más relegada a la población rural que no vota, no se organiza, etc. Yo creo que el tema de locales, en México el caso de los municipios, se les ha involucrado desde el punto de vista de la salud a la comunidad. En México los municipios (creo que puede ser el caso en muchos lados) tienen facultades importantes sobre salud comunitaria que no se atienden a nivel federal, como intervenciones muy importantes como alumbrado, la parte sanitaria, la regulación de rastros; toda esta parte local es importantísima para la salud. Entonces, lo que se ha hecho en México es una red de municipios saludables donde tratan de generar apoyo a nivel local, dándoles financiamiento y organizando el financiamiento a través de sus hospitales y prerrogativas institucionales en materia de salud. Son bastantes. Y hay otros que son bienes públicos locales importantísimos. Esta es la forma de hacerlo porque si se meten a la atención médica es muy fácil que los presupuestos se lleven la presión y después acabas con municipios (...) salud y no las cosas básicas a las cuales sí tienen que ir enfocadas. Entonces, es importantísimo y otra vez son temas de discusión y de análisis a futuro, pero para lograr equidad es importante trabajar con los municipios.

(Min. 00:55:06)

Pregunta de Marcela:

¿Podrías hablar un poco más sobre el tema de centralizar pagos que aparece como una medida del discurso de los Secretarios de Finanzas?

Respuesta:

Claro. Es una parte muy difícil que ha pasado en México. La lógica original era que las cápitas acaban a nivel de cada Estado. Cada Estado en México es independiente, lo cual hace que el Estado sea prestador pero también recibe las cápitas, lo cual lo vuelve “fundholder”. Es el que recibe los fondos y ahí empiezas a decir: “bueno vamos a descentralizar el pago entre el financiador estatal y el prestador local”. Entonces esta descentralización del pago del servicio es muy difícil de hacer. No se

ha logrado en México esta separación. Se hizo en papel. Yo creo que en la práctica no se ha hecho. Entonces empiezan las heterogeneidades y, en el caso de México, también las desviaciones, los vicios, llamándolo corrupción. Y entonces regresa la actitud centralista de “mejor paguemos todo desde el centro”. Esa es la parte de la centralización del pago de intervenciones. Después está la centralización del pago de insumos, nóminas, por supuesto obras pero sobre todo medicamentos, dispositivos y otros servicios básicos. Ahí también sucede lo mismo. Quieren delegar, se empieza a operar a nivel local, pero a nivel local no están las capacidades y después viene toda la contra-argumentación de que tenemos que hacer “pools” más grandes y pagarlo a nivel central. Eso no se ha resuelto en México. Es un tema importante y tienes que tener reglas nacionales. Hay Estados que lo hacen bien y hay Estados que lo hacen mal y tienes que, de alguna forma, penalizar a los que lo hacen bien por atender a las preocupaciones de los que lo hacen mal. Pero yo creo que tenemos que aprender mucho más de qué es justificable centralizar y qué es justificable delegarlo localmente de forma óptima.

(Min. 00:57:20)

Pregunta de Miguel:

¿No hay política del gobierno para el financiamiento de la salud? ¿A nivel de la Presidencia, hay alguna estructura de gobierno para los acuerdos de política entre Ministerios? ¿Consideran que seguir con un sistema segmentado y fragmentado es el camino que permitirá la finalidad del sistema de salud o están trabajando en otra alternativa?

Respuesta:

En el caso de México, y me atrevo a pensar que es el caso de muchos lugares, es muy difícil reformar la salud si, en la agenda, el tema no es parte de las prioridades del presidente o del jefe de Estado. En el caso de México en el 2000-2001 el entonces candidato Fox no hablaba de salud y cuando salió en el 2006 era su principal tema la salud. Pero lo que se logró fue, en gran parte, porque el entonces secretario Frenk fue muy efectivo en insertar en la agenda del presidente el tema de salud. Eso no ha vuelto de suceder, por lo menos no a ese grado y por lo tanto, yo creo, explica por qué en México no ha habido reformas de gran calado desde el 2003, cuando se hizo la del seguro popular. Lo que es muy difícil es lograr un balance de discusión cuando sientas al Ministro de Salud y al Ministro de Finanzas. En casi todos los países de ingresos medio-bajos el Ministerio débil es el Ministerio de Salud y el Ministerio de Finanzas está por arriba de todos los otros Ministerios. Y en una reunión no son diálogos de igualdad y eso se nota. Lo único que puede lograr los balances es el jefe de los dos – el presidente o el jefe de Estado, los tiene la misma Sala y defienden la agenda de salud. Entonces yo creo que ha sido muy artesanal, muy ad

hoc. No conozco de políticas estructuradas o institucionalizadas de una relación balanceada entre Ministerios. Y, desafortunadamente, si el líder de la salud no es buen vendedor de los temas, las reformas no suceden. O si suceden son reformas micro, más que reformas de gran calado financiero donde afectas la agenda de recaudación fiscal como fue el caso del Seguro Popular.

(Min. 01:00:11)

Pregunta de María Fernanda:

El riesgo de la formulación de las políticas públicas es la falta de coherencia entre ellas y eso impacta de forma importante a la sostenibilidad financiera y los resultados en salud. ¿Qué opinión le merece esta apreciación?

Respuesta:

Estoy totalmente de acuerdo. El caso de la diabetes en México es un problema grande en términos de carga de la enfermedad. La cantidad de diabéticos es muy grande. La prevalencia en adultos es del 16%. Cuántos de estos diabéticos se saben diabéticos, es la mitad. ¿De los que se saben diabéticos cuántos están en tratamiento? La mitad de esa mitad. ¿Y de los que están en tratamiento cuántos están controlados? Es el 20% de la mitad de la mitad. Entonces ves que los dineros para diabetes no acaban en resultados de control de índice glucémico. Y es una caja negra porque los dineros no están dando resultados. Y así me puedo ir sobre detección temprana de cáncer de mama, vida en otros cánceres, el tema de infartos etc. Se le pone muchísimo dinero a salud de un lado y los resultados del otro lado de la caja no son lo esperado. Entonces sí hay cierta insatisfacción, sobre todo los que no conocen la complejidad de la función de la producción de los resultados. Y es muy difícil justificar valor por el dinero. Entonces tenemos que avanzar muchísimo en esta agenda porque deja mucha debilidad en la abogacía de recursos adicionales. Otra vez preguntas difíciles de las que no tengo respuestas. Pero qué bueno que tenemos una agenda futura de investigarlo mejor.

