

nos diagnósticos limitan la utilidad de la información. La inclusión de otros desenlaces (como la depresión) y la estratificación de la población con base en su riesgo cardiovascular son acciones complementarias a considerar en el futuro

Termino expresando mi felicitación a los organizadores de la encuesta. Pocos países del continente cuentan con información equiparable a la generada por las encuestas nacionales mexicanas. El análisis de la información por grupos multidisciplinarios y la utilización exhaustiva de los resultados es el siguiente paso. Se cuenta con elementos necesarios para el diseño e implementación de políticas públicas basadas en evidencias con objetivos transexenales. Es responsabilidad de todos que los involucrados cumplan con su parte para enfrentar las ENCT.

Agradecimientos

Expreso mi gratitud al doctor Mauricio Hernández Ávila y a los organizadores de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 por la oportunidad de comentar los resultados relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles.

Carlos A Aguilar-Salinas, M Esp.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Departamento de Endocrinología y Metabolismo, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México DF, México / caaguilar@yaho.com

Referencias

- Córdova-Villalobos JA, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Avila M, et al. Chronic non-communicable diseases in Mexico: epidemiologic synopsis and integral prevention. *Salud Publica Mex* 2008;50:419-427.
- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2010.

3. Macinko J, Dourado I, Guanais F. Enfermedades crónicas, atención primaria y desempeño de los Sistemas de Salud: Diagnóstico, herramientas e intervenciones. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2012.

4. Aguilar-Salinas CA, Mehta R, Rojas R, Gómez-Pérez FJ, Olaiz G, Rull JA. Management of the metabolic syndrome as a strategy for preventing the macrovascular complications of type 2 diabetes: controversial issues. *Curr Diabetes Rev* 2005;1: 145-158.

5. Secretaría de Salud. Acuerdo nacional para la salud alimentaria: estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Mexico DF: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud, 2010.

6. Pérez-Morales ME, Bacardi-Gascón M, Jiménez-Cruz A, Armendáriz-Anguiano A. Intervenciones aleatorias controladas basadas en las escuelas para prevenir la obesidad infantil: revisión sistemática de 2006 a 2009. *Arch Latinoam Nutricion* 2009;59:253-259.

7. Hoelscher DM, Springer AE, Ranjit N, Perry CL, Evans AE, Stigler M, et al. Reductions in child obesity among disadvantaged school children with community involvement: the Travis County CATCH Trial. *Obesity* 2010;18 Suppl 1:S36-S44.

8. Tsigos C, Hainer V, Basdevant A, Finer N, Fried M, Mathus-Vliegen E. Management of Obesity in Adults: European Clinical Practice Guidelines. *Obesity Facts* 2008;1:106-116.

9. Aguilar-Salinas CA, Velazquez-Monroy O, Gómez-Pérez FJ, for the ENSA 2000 Group. Characteristics of the patients with type 2 diabetes in México: results from a large population-based, nation-wide survey. *Diabetes Care* 2003;26:2021-2026.

10. Aguilar-Salinas CA, Gómez Pérez FJ, Rull JA, Villalpando S, Barquera S, Rojas R. Prevalence of dyslipidemias in the 2006 Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. *2009 Salud Publica Mex* 2010;52 (supl1) S44-S53

11. Sassi F. Obesity and the Economics of Prevention. FIT NOT FAT. Paris: OCDE, 2010.

12. Pan American Health Organization. Regional strategy and plan of action on an integrated approach to the prevention and control of chronic diseases, including diet, physical activity and health. Washington DC: Pan American Health Organization, 2006.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 ante los temas de cobertura y calidad

La cobertura universal de aseguramiento en salud es la herramienta que tienen los Estados para proteger financieramente a las familias ante el

riesgo de enfrentar una enfermedad. El aseguramiento universal permite el agrupamiento de riesgos y la consecuente mitigación de actitudes oportunistas, como selección adversa; el establecimiento de subsidios cruzados, entre la población joven y sana a la población mayor y enferma, y de los de mayor ingreso a los de menor ingreso es una forma efectiva de incentivar comportamientos preventivos en la población.

Bajo este argumento, y en concordancia con la tendencia observada en el mundo, en México se adoptó desde 2004 una política agresiva de extender el aseguramiento en salud a la población que no contaba con un seguro de salud de la seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSFAM,* Pemex y otros regímenes estatales, conocidos como ISSSTE estatales). La extensión de cobertura se llevó a cabo a través del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), conocido más comúnmente como Seguro Popular.

Esta política permitió al gobierno federal declarar el alcance de la cobertura universal en 2011.¹ La afirmación se sustentaba al analizar los datos administrativos de las instituciones de seguridad social y del SPSS.

La Encuesta Nacional de Salud 2012 (ENSANUT 2012)² y las encuestas previas (ENSANUT 2006 y ENSA 2000)^{3,4} permiten analizar el tema de la cobertura con mucho detalle. Lo que la encuesta reporta es 1) la cobertura del aseguramiento ha aumentado significativamente en los últimos años, pasando de 40% en el año 2000, a 45% en 2006, a aproximadamente 75% en 2012; y 2) la cobertura se logra a través de múltiples esquemas de aseguramiento: Seguro

* Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.

Popular (37%), IMSS (30%), ISSSTE (4%) ISSSTE estatal (1.6%), PEMEX (0.4%), ISSFAM (0.3%), resto (1.7%), con diferentes coberturas medidas por el gasto per cápita en salud.⁵

Los datos de cobertura con base en los datos administrativos contrastan significativamente con los datos reportados por la ENSANUT 2012 y con otras fuentes de información. La ENSANUT 2012 es consistente con

la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (ENIGH) y el Censo 2010 (cuadro I).

Las diferencias en el número de asegurados entre las diferentes fuentes se explican principalmente por tres factores: 1) el momento en que fueron aplicadas las encuestas, que difiere de las bases administrativas, que se actualizan periódicamente (aunque no con la periodicidad ne-

cesaria); 2) el ajuste que se hace a las bases administrativas, pues los derechohabientes de la seguridad social se estiman usando coeficientes del número de familiares y la afiliación/desafiliación al Seguro Popular no se registra en el momento que ocurre, y 3) porque quizá los que responden las encuestas no tienen conocimiento de su afiliación (que en todo caso debería de ser tomado como no afiliación

Cuadro I
COBERTURA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD EN DIVERSAS FUENTES. 2012

	Base de información			
	Censo 2010	ENIGH 2010	Bases administrativas instituciones	ENSANUT 2012 sin ajuste
	Población (millones)		2011	2011-2012
Población total	112.3	112.6	112.3	
No asegurados	37.0	35.8	0.8	
Asegurados	73.6	76.8	111.5	
Asegurados Público	69.9	75.5	109.9	
Asegurados por la Seguridad Social	43.7	41.2	66.3	
IMSS	35.4	32.4	52.3	54.9
ISSSTE	7.2	7.8	12.0	12.2
Pemex, Sedena y Semar	1.1	1.0	2.0	No disponible
Seguro Popular/Nueva Generación	26.2	34.3	43.5	51.8
Otros	3.7	1.3	1.7	
Servicios estatales			1.7	
Otra institución	1.6	1.3		
Institución privada	2.0			
	% de población total			
Población total	100	100	100	100
No asegurados	32.9	31.8	0.7	25.4
Asegurados	65.5	68.2	99.3	
Asegurados Público	62.2	67.1	97.8	73.5
Derechohabientes Seguridad Social Contributiva	38.9	36.6	59.0	35.1
IMSS	31.5	28.8	46.6	30.4
ISSSTE	6.4	6.9	10.7	4.0
Pemex, Sedena o Semar	1.0	0.9	1.8	0.7
Seguro Popular/Nueva Generación	23.3	30.5	38.7	36.6
Otros	3.3	1.1	1.5	1.0

ENIGH: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares
ENSANUT 2012: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Fuente: adaptado de Sistema de Protección Social en Salud (2012). Evaluación de Costo Efectividad del Seguro Popular. Documento de trabajo; y de referencia 2

pues es probable que no ejerzan sus derechos).

Así, en el tema de cobertura la ENSANUT 2012 proporciona información muy útil para mejorar la política pública en salud: 1) todavía no se ha alcanzado la cobertura universal; 2) la cobertura está fraccionada en dos grandes agencias públicas y otras menores, y 3) las bases de datos administrativas sobrerreportan el número de afiliados.

Mejorar la gestión en estos tres temas es fundamental en los sistemas de salud, tal como demuestra la experiencia internacional. Lograr la cobertura universal en salud es fundamental, como se mencionó en el párrafo introductorio. De hecho, en el reciente acuerdo entre la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la definición del "piso social", se articula una visión de la seguridad social como un derecho humano básico, especialmente para aquellas personas que carecen de protección.⁶⁻⁸

Dos alternativas pueden conceptualizarse para lograr la cobertura universal. Enfoque voluntario, como el que ha seguido el SPSS, y el esquema obligatorio. La cobertura de 75% que se observa en México denota las limitaciones del esquema voluntario: hay personas a las que no les interesa participar de un seguro social.

En Martínez y Aguilera⁹ se argumenta por qué es importante la afiliación obligatoria en el caso de México. En resumen, sólo así se podrán explotar los beneficios de tener un sistema universal de salud. La obligatoriedad es una realidad en países con sistemas de salud desarrollados como los Países Bajos y en países que han avanzado enormemente en términos económicos y sociales como

Corea. Los beneficios contemplados en cada esquema no necesariamente deben ser los mismos, siempre y cuando exista un piso mínimo, que en el caso de salud se conceptualiza como una paquete básico de servicios garantizados.

La fragmentación es muy dañina para los sistemas de salud. Más allá del costo administrativo asociado (11% de acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OECD]),¹⁰ la segmentación permite conductas oportunistas prácticamente de todos los participantes. "Coloquialmente, el problema del sistema segmentado radica en que cada actor le "pasa la bolita a otro". Por poner unos ejemplos:¹⁰ un médico o un hospital privado piensan que pueden discriminar al paciente, cobrándole mientras puede pagar y enviándolo al seguro social cuando el tratamiento es demasiado costoso; el ciudadano piensa que a pesar de no pagar contribuciones siempre tendrá la opción de entrar por alguna puerta de atrás a algún seguro público. Es importante señalar que las reformas a los sistemas de salud de los Países Bajos y de Israel, o de Argentina, sólo por poner unos ejemplos, responden a la necesidad de acabar con la fragmentación y no por un problema de cobertura.

Básicamente existen dos opciones organizacionales para minimizar el tema de la fragmentación. En la primera alternativa los Estados pueden adoptar un esquema de asegurador único, o comúnmente conocido como pagador único. Este es el ejemplo de Canadá. En la segunda alternativa se permiten distintos esquemas pero se le permite a los afiliados escoger el esquema en el cual desea estar afiliado, con restricciones sobre la movilidad. Los Países Bajos, Israel, Argentina y

Chile han avanzado en esta visión. En cualquiera de los casos los Estados incurren en complejas regulaciones para obligar al aseguramiento y restringir la contratación privada.

En México actualmente están circulando diversas propuestas de reforma al seguro de salud. Algunas de ellas sugieren el establecimiento de un asegurador único (ver por ejemplo la propuesta de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud y de la OECD).^{11,12} Otras postulan el segundo modelo como por ejemplo la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) y Martínez y Aguilera.^{9,13} Las opciones responden a diferentes visiones sobre la equidad y de economía política.

Un asegurador único supone un mismo paquete de beneficios garantizados financiados con impuestos para todas las personas, que puede ser complementado con gasto privado de las familias. Este esquema se conoce como esquema de dos estratos. Un modelo de múltiples aseguradoras no necesariamente supone un paquete de servicios financiado con impuestos iguales para todos. Los beneficios se pueden integrar en tres estratos: paquete básico garantizado, paquete suplementario pagado por cuotas obrero patronales (es decir asociado con la seguridad social) y servicios complementarios financiados de forma privada.

¿Cuáles son las ventajas de un modelo de tres estratos? Un modelo de tres estratos permite adaptar el sistema de salud a la heterogeneidad de la sociedad, en su productividad y en sus preferencias; reconoce el importante flujo fiscal que representan las cuotas obrero patronales; respeta los derechos adquiridos de los afiliados a la seguridad social, es decir, en ningún momento se reducirían los

beneficios a los que ya tienen derecho los afiliados a la seguridad social (por ejemplo, la seguridad social cubre diálisis y el SPSS no cubre diálisis), y creemos que puede ser políticamente viable, pues las instituciones actuales no desaparecen (como sí sucedería con un asegurador único).

En ambas propuestas está intrínseca a una visión diferente sobre la equidad y el tratamiento que se da a los dos tipos de impuestos, generales vs. cuotas obrero-patronales. En un modelo de dos estratos todos reciben el mismo paquete garantizado financiado con impuestos (en la mayoría de las propuestas impuestos generales). En el modelo de tres estratos todos reciben el mismo paquete garantizado financiado con impuestos, pero las personas afiliadas a la seguridad social pueden tener un esquema colectivo en la cual financian el paquete suplementario con su productividad (cuotas obrero-patronales). Ambos suponen que el piso básico logra la equidad necesaria en los sistemas de salud. El primer enfoque supone además que no debe haber otra fuente de inequidad en programas con financiamiento público, lo cual supone que las cuotas obrero patronales son de este tipo igual que los impuestos generales. Aguilera y Scott¹⁴ analizan los grados de equidad que se lograrían en un modelo de dos y de tres estratos.

Un tema crucial en cualquier reforma de sistemas de salud tiene que ver con tener una base de datos confiable de los afiliados, algo que ya se señala en el reporte de la ENSANUT 2012.² A la luz de las discusiones sobre financiamiento, paquetes y equidad, esta discusión parece secundaria, pero los problemas que se han presentado en la reforma de Colombia, por ejemplo, y la discrepancia de la información

entre las bases administrativas y las encuestas que se muestran en el cuadro de arriba indican la importancia de este aspecto.

Una base de datos única, centrada en el ciudadano, es decir, que contenga a todas las personas del sistema, sin importar a qué asegurador están afiliados (IMSS, ISSSTE o Seguro Popular, y cada uno de los otros aseguradores), y que registre confiablemente el tránsito de las personas entre los distintos esquemas algo muy común dada la fuerte rotación laboral entre el sector formal e informal que se registra en el mercado laboral en México y todos los contactos de la persona con el sistema, es la columna vertebral de un sistema universal de salud. A esta columna vertebral se le pueden articular expedientes clínicos electrónicos y otros sistemas de gestión clínica y administrativa financiera, pero antes que nada se debe contar con un sistema que permita la verificación de derechos en tiempo real.

En México además existe ya un esquema operativo con esta visión: la base de datos nacional del sistema de ahorro para el retiro, que se generó para ser el esquema operativo del nuevo sistema de pensiones. La base de datos se gestiona por persona y tiene registrados a todos los que han contribuido al IMSS, al ISSSTE desde sus reformas, inclusive tienen al ISSSTE del Estado de México (ISSEMYM). Más de 40 millones de cuentas están registradas. Si se incluyeran a los dependientes de los cotizantes, únicamente quedarían por incorporar algunas personas en zonas rurales y otros pequeños grupos en zonas urbanas.

Por otro lado, la ENSANUT 2012 es una herramienta muy útil para observar el tema de la calidad de los

servicios de salud. Los resultados de la encuesta señalan que existen retos importantes en tiempos de espera y en surtimiento de medicamentos, sólo por poner unos ejemplos. Además, la ENSA 2000 ENSANUT 2006 y la 2012 permiten observar que la percepción de calidad del sistema de salud no ha mejorado significativamente en doce años. Esta información debe ser una preocupación para las autoridades, pues en estos doce años el gasto público en salud se ha incrementado significativamente y se han implementado programas enfocados precisamente a atacar este tema, como el Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD).

Mejorar la calidad en los sistemas de salud es un tema complejo en el que se deben instrumentar políticas integrales que combinen el financiamiento adecuado con incentivos alineados y una política de evaluación y rendición de cuentas periódica y transparente a los ciudadanos. El uso de la información administrativa, como los egresos hospitalarios, permite generar indicadores de bajo costo para llevar a cabo parte de la evaluación de manera periódica.

Nelly Aguilera, D en Econ.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Unidad de Análisis Económico, Secretaría de Salud. México DF, México / nelly.aguilera@salud.gob.mx.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados 2011. 2012. Disponible en: http://www.seguro-popular.gob.mx/images/pdf/informes/Informe_Resultados_2011.pdf
2. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
3. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, ed. Encuesta Nacional de

Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

4. Villalpando JL, Olaiz G, López-Baarajas MP, Mendoza L, Palma O, Velázquez O, et al. Encuesta Nacional de Salud 2000. Cuernavaca, Morelos, México: INSP, 2003.

5. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. Disponible en: www.thelancet.com [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61068-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X)

6. Organización Internacional del Trabajo/ Organización Mundial de la Salud. The Social Protection Floor. Ginebra: OIT/OMS, 2009.

7. Organización Internacional del Trabajo. Seguridad social para la justicia social y una globalización

equitativa, Informe VI, Conferencia Internacional del Trabajo, 100ª reunión. Ginebra: OIT, 2011.

8. International Labour Organization. Social protection floors for social justice and a fair globalization. Report IV (1) International Labour Conference, 101st Session, 2012. ILO: Ginebra, 2011.

9. Martínez G, Aguilera N. Seguro de salud en México. Sigüientes pasos. Documento de trabajo de la CISS 1203. 2012. Disponible en: <http://www.ciss.org.mx/pdf/es/estudios/CISS-WVP-1203.pdf>

10. OECD (2012). OECD Health Data 2012. Disponible en: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.

11. Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud (2006). Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud para el Desarrollo Económico. México: Fondo de Cultura Económica, 2006.

12. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud. París: OCDE, 2005.

13. Fundación Mexicana para la Salud. Universalidad de los servicios de salud. Propuesta de FUNSALUD. 2012. Disponible en: http://www.funsalud.org.mx/eventos_2012/Universalidad%20de%20los%20servicios%20de%20salud/UNIVERSALIDAD%20DE%20LOS%20SERVICIOS_DEF.pdf

14. Aguilera N, Scott J. Feasibility Analysis of an Integrated Health System: Financial and Distributive Implications. *Well-Being and Social Policy* 2011;7(1):23-46.