

Recomendaciones para la estructuración de un sistema único de salud¹

Carlos Cruz Rivero
Gabriela Andrea Luna Ruiz
Raquel Morales Barrera

I. Introducción

El presente capítulo, pretende generar un diagnóstico global del Sector de Salud que permita emitir algunas consideraciones sobre los procesos de reforma con el fin de mejorar el financiamiento, la sustentabilidad y la eficiencia económica del Sistema Nacional de Salud Mexicano, así como explicar el significado de los derechos en salud exigibles para toda la población y su titularidad. Con ello se podrá caminar hacia la definición de una estructuración de un sistema único de salud que constituya un nuevo paradigma de la atención a la salud.

La protección social, bajo un enfoque moderno, debe procurar la congruencia entre sus principales componentes: salud, educación, trabajo de calidad, previsión, combate a la pobreza y a la desigualdad, seguridad y desarrollo social; con una Política de Estado que responda a estructuras socio económicas heterogéneas, donde se logren consensos en torno a derechos ciudadanos, derechos por cotización y un nuevo pacto social en salud que dé cuerpo a derechos solidarios;

¹ Los autores agradecen la valiosa contribución de Carlo G. Coello Levet para la elaboración de este documento.

bajo una institucionalidad que responda operativa y claramente a las necesidades y expectativas de los individuos.²

El derecho a la salud, establecido en la Constitución Mexicana, requiere de lineamientos claros que permitan a los ciudadanos exigir claramente la titularidad de este derecho;³ y por tanto, es necesario consolidar un sistema de salud que pueda dar respuesta suficiente y oportuna a toda la población con demanda por servicios de salud.

El objetivo de este capítulo es delimitar los ejes rectores que permitirían estructurar un sistema único de salud, bajo el enfoque ampliado de la protección social con el fin de superar enfoques resultantes de la definición endógena de la problemática de salud, que consideran preponderantemente diagnósticos epidemiológicos y no le otorgan la relevancia debida a otros componentes del contexto económico; razón por la que sólo se han generado propuestas programáticas incompletas centradas exclusivamente en líneas a instrumentar, para cada una de las instituciones de salud. Esto sin considerar al Sistema Nacional de Salud como un cuerpo articulado que tiene repercusiones de gran magnitud que, de ser negativas, se alejan del objetivo final de mejorar la calidad de vida de los mexicanos; por ello se impone la necesidad de ampliar y mejorar los derechos en salud y la efectividad de las acciones instrumentadas por el Estado.

² CEPAL, *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Trigésimo primer periodo de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Montevideo, marzo, 2006.

³ En este sentido se logró un importante avance en 2003 con el Decreto por el que se reformó la Ley General de Salud en materia de Protección Social Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, México, 15 de mayo de 2003.

A fin de lograr esbozar una perspectiva ampliada del Sistema de Salud y revisar su relación con diversos sectores de la economía, el presente capítulo se estructura de la siguiente manera: en el primer apartado se presenta la estructura del financiamiento a la salud con algunos indicadores que muestran la insuficiencia e inequidad del mismo, así como algunos datos y reflexiones sobre la insuficiencia estructural del sistema; en el segundo, se analiza el gasto en salud, su composición y el peso específico del gasto privado en salud, se presenta la problemática del gasto de bolsillo de los hogares por motivos de salud; en un tercer apartado, se analiza el volumen del complejo médico industrial, su relevancia dentro de la economía y su potencial como palanca de crecimiento; y finalmente, se contextualiza la problemática de salud a través de su vinculación con el resto de los sectores de la economía.

Conviene destacar que las repercusiones económicas de los sistemas de salud comenzaron a estudiarse en forma sistematizada a partir de la década de los noventa⁴ y en México cobran fuerza al organizarse en 2002 la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud.⁵

II. El financiamiento de los servicios de salud en México y su estructura

⁴ Organización Mundial de la Salud, *Macroeconomic Environment and Health. With Case Studies for Countries in Greatest Need*, Ginebra, World Health Organization, 1993; Organización Mundial de la Salud, "Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development", en *Report of the Commission on Macroeconomics and Health*, Ginebra, World Health Organization, 2001.

⁵ Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, *Macroeconomía y Salud: Invertir en salud para el desarrollo económico*, México, CMMS, 2006.

Uno de los aspectos que más controversias ha generado en el estudio del Sistema Nacional de Salud es el problema del financiamiento, pues presenta fuertes inequidades en todos los sentidos, no hay corresponsabilidad en los diferentes niveles de gobierno y tampoco se proveen de los mismos recursos a todas las entidades federativas; estos es, existen inequidades tanto verticales como horizontales. Dada la relevancia que tiene el financiamiento en la salud, en este apartado se tratarán tres diferentes formas de analizar las inequidades relacionadas con el financiamiento y estructura del Sistema Nacional de Salud: a) Insuficiencia de Fondos, reflejado en el gasto en salud como porcentaje del PIB; b) Inequidad e inadecuada combinación pública y privada, del gasto gubernamental y el gasto privado como porcentajes del gasto total en salud, en un comparativo internacional; y c) Inequidad en la asignación de fondos en las entidades federativas.

Insuficiencia de fondos

La insuficiencia de fondos se puede analizar desde una perspectiva global y su naturaleza se puede observar a través de un comparativo internacional del gasto en salud como porcentaje del PIB. Cabe señalar que no existe un consenso sobre la cifra ideal que debe representar el Gasto en Salud como porcentaje del PIB, ya que muchas variables inciden en la magnitud de dicho gasto, tales como: la transición demográfica o envejecimiento que sufra un país, la transición epidemiológica, la tecnología a incorporar, la organización y eficiencia

agregada del Sistema, la capacidad económica del Estado, la prioridad que un Estado Nación otorgue a la salud de sus ciudadanos, etcétera.

Sin embargo, se eligieron algunos países para ubicar en el contexto internacional el porcentaje que gasta México; estos países seleccionados son los que, de acuerdo a la OMS, presentaron los mejores índices de desempeño en sus Sistemas de Salud: Canadá, Costa Rica, Cuba, Francia, Japón y el Reino Unido; indicadores que permiten establecer un rango o estándar internacional que oscila entre un piso de 7.5 y un techo de 10 en la participación deseable del Gasto en Salud como porcentaje del PIB para mejorar el desempeño del sistema de salud por país.

El Gasto Total en Salud como porcentaje del PIB para México, en relación con el rango mencionado es insuficiente, al ser sólo de 6.2% en el año 2003, observándose una necesidad de incrementar dicha cantidad en al menos 1.3 puntos porcentuales para alcanzar el piso establecido con el estándar internacional, o idealmente un 1.5% que incluso brindará un poco de holgura para desarrollar el sistema. No obstante, en las cifras más recientes, en el periodo que va de 1998 al 2003 se incrementó este indicador en 8 décimas de punto.

Cuadro 1
Indicadores de Financiamiento en Salud para Países Seleccionados - 2002

País	Gasto Total en Salud como % del PIB	Gasto Gubernamental en Salud como % del Gasto Gubernamental Total	Gasto Gubernamental en Salud como % del Gasto Total en Salud	Gasto Privado en Salud como % del Gasto Total en Salud	Gasto del Bolsillo como % del Gasto Privado en Salud
Argentina	8.9	15.3	50.2	49.8	62.4
Brasil	7.9	10.1	45.9	54.1	64.2
Canadá	9.6	15.9	69.9	30.1	50.3
Colombia	8.1	20.4	82.9	17.1	57.0
Costa Rica	9.3	24.4	65.4	34.6	99.0
Cuba	7.5	11.3	86.5	13.5	75.2
Francia	9.7	13.8	76.0	24.0	40.9
Guatemala	4.8	16.6	47.5	52.5	86.2
Japón	7.9	17.0	81.7	18.3	89.8
México	6.1	16.6	44.9	55.1	94.6
Reino Unido	7.7	15.8	83.4	16.2	55.9
Estados Unidos	14.6	23.1	44.9	55.1	25.4

Fuente: The World Health Report 2005. Organización Mundial de la Salud. Ginebra Suiza, 2005.

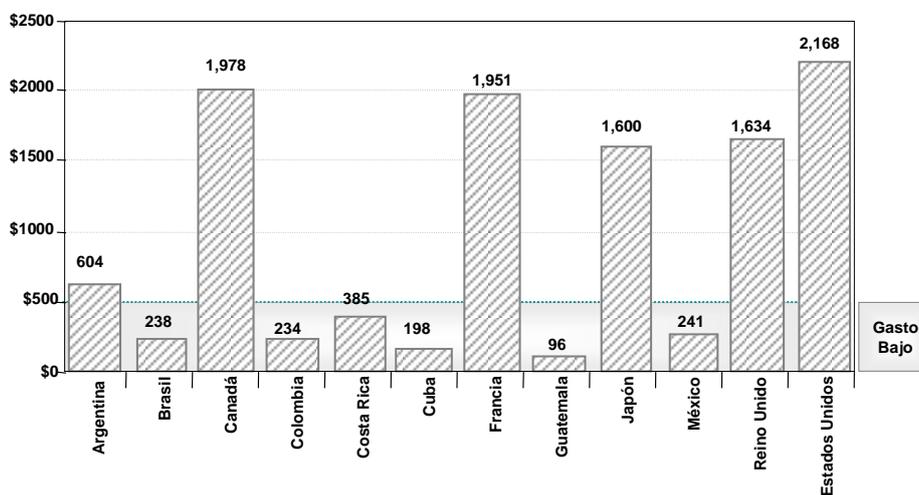
Es una condición necesaria, más no suficiente destinar más recursos al Sector Salud, para mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud, ya que se tendría que combinar con mayor eficiencia tanto la asignación de recursos como el desempeño técnico de los procesos, cambio estructural y organizativo en las instituciones y un proceso rendición de cuentas a nivel nacional.

En México para el año 2002, como se observa en el Cuadro 1, se destinó 6.1% del PIB a salud, donde los fondos gubernamentales sólo representaron 44.9% del total, el resto fue suplido por los fondos privados, que representaron 55.1% y lo constituían casi en un 95% los gastos de bolsillo de los hogares, lo que refleja una muy mala combinación pública-privada de fondos, dado que son más los recursos extraídos de los bolsillos de los hogares que los que hay en prepagos o en gasto gubernamental.

Cuando se observa el gasto gubernamental en salud *per cápita* para México como indica la Gráfica 1, es evidente que hay una subinversión importante dado que es menor al 50% de lo que se considera como el piso de un gasto adecuado en salud, es casi la décima parte del gasto en salud *per cápita* que se hace en Estados Unidos. Además, es importante resaltar que el acceso a la información que tienen todos los individuos, genera el fenómeno de la globalización de expectativas que en éste caso para los pacientes mexicanos será difícil acceder a los avances tecnológicos de punta en materia de atención a la salud, aún más frente a los escasos que destina a la inversión en su salud.

Gráfica 1

Gasto Gubernamental per Cápita en Salud para Países Seleccionados (2001)



▨ Gasto Gubernamental per Cápita en Salud a la Tasa Internacional del Dólar (2001)

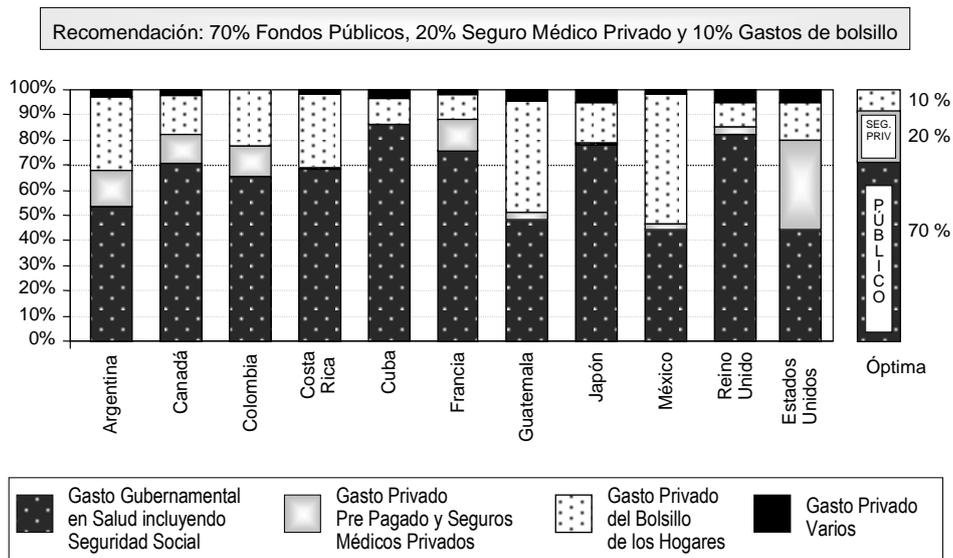
Fuente: The World Health Report 2004. Organización Mundial de la Salud. Ginebra Suiza, 2004

Inequidad e inadecuada combinación fondos públicos y privados

De acuerdo al origen de los recursos, se identifica la mezcla de recursos públicos y privados en el financiamiento de la salud; si se observa dicha combinación en los países seleccionados, se podría tener como propósito a lograr, en largo plazo, una combinación del orden de: 70% de Fondos Públicos, 20% de Fondos Privados de pre-pago y 10% de Fondos Privados de Gastos de Bolsillo como una combinación adecuada para mantener como un bien prioritario a la salud, lograr la equidad social y permitir espacios de participación al financiamiento privado.

Bajo esta combinación deseable, se considera que el Estado mexicano debería casi doblar el nivel de participación de los fondos públicos, la magnitud del cambio significaría subir dicha participación de 44.9% a 70%, y un gasto en salud que subiera de 6.1% a 7.5% como proporción del PIB. Además, como 55.9% los fondos son privados, lo que agravaba el problema pues la participación de los gastos del bolsillo equivale a más de 90%, como se observa en la Gráfica 2; por estas razones México presentó una de las peores composiciones de fondos públicos y privados de financiamiento, entre la selección de países analizados.

Gráfica 2
Composición Porcentual del Gasto en Salud para Países Seleccionados (2001)



En México en 2001 el principal pilar de financiamiento del Sistema Nacional de Salud lo constituían los gastos de bolsillo de los hogares, seguidos de una relativamente baja participación del Gasto Gubernamental y una muy escasa participación de los seguros privados y los esquemas pre-pagados.

La urgente necesidad de aumentar el peso relativo del Estado en el financiamiento de la atención a la salud se podría justificar,⁶ con la simple mención de las imperfecciones del mercado de la atención a la salud; en donde se requiere de la intervención estatal para corregirlas; considerando la existencia de externalidades, demanda inducida, incertidumbre, condición monopólica y el hecho de que la salud es un

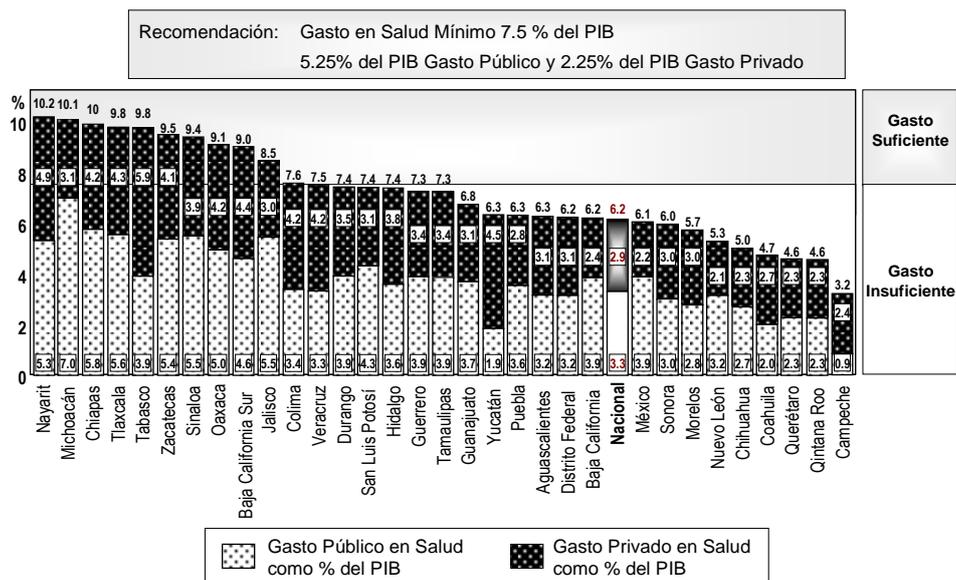
⁶ Véase Carlo G., Coello Levet., *Equidad en acceso a los servicios de salud en México*, Capítulos: 2,3 y 4.

bien meritorio; además de la necesidad de aumentar la equidad en el acceso y la de fondear bienes públicos en salud.

Inequidad en la asignación de fondos e inadecuada combinación de gasto público y privado en las entidades federativas

Para comprender las disparidades en la asignación de los fondos públicos en México, se debe analizar el problema de la desigualdad entre entidades federativas, a fin de aprovechar la oportunidad que ofrecerían tener más fondos para corregir estas desigualdades y avanzar hacia la convergencia regional. En 2003 el gasto en salud como porcentaje del PIB que presentaron las Entidades Federativas fue muy desigual; con una diferencia de 10.2 puntos porcentuales entre el estado que más destinó (Nayarit) y 3.2% puntos porcentuales para Campeche, entidad que menos destinó, como se observa en la Gráfica 3.

Gráfica 3
Gasto Público y Privado en Salud como Porcentaje del PIB por Entidad Federativa - México 2003



Fuente: Boletín de Información Estadística No. 23. Volumen IV. SSA. Dirección General de Información en Salud, México 2003

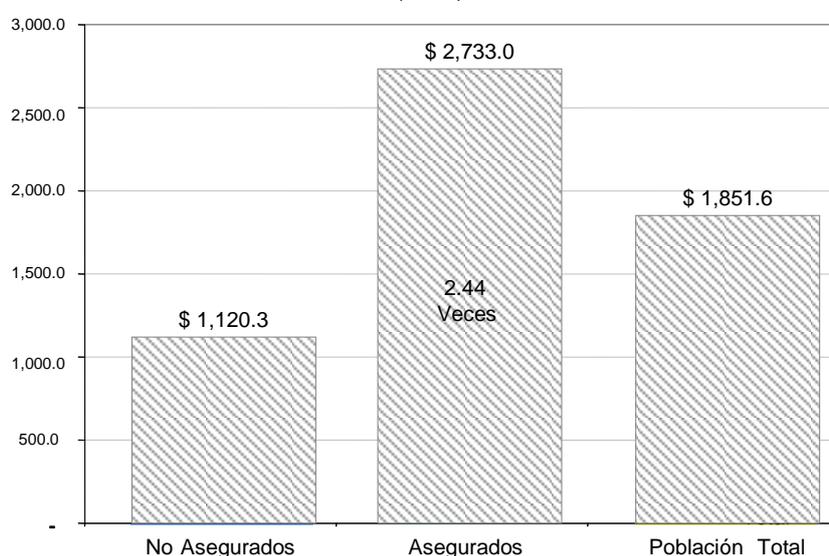
El aumento de Fondos Públicos requiere que los tres niveles de Gobierno: la federación, los gobiernos de los estados y los gobiernos municipales incrementen significativamente su participación como financiadores; situación que puede ser muy compleja si se considera que la descentralización de los servicios le confiere una amplia discrecionalidad a las entidades federativas para la canalización de sus recursos y el manejo de la atención a la salud en sus territorios, así la Federación se ve obligada a concertar convenios para impulsar una verdadera política de Estado para todo el país en materia de salud.

La situación de las Entidades Federativas fue muy desigual; con una participación relativa de los Fondos Públicos, en algunos estados, mucho más baja que la recomendada y suplida por una alta participación de Fondos Privados. Son Campeche y Yucatán los estados

que presentan una situación en extremo delicada, ya que el peso de los fondos privados es demasiado alto en relación con los fondos públicos.

Desafortunadamente esta no es la única inequidad de la que se debe dar cuenta en la distribución de los recursos hacia salud, porque la condición de aseguramiento determina de manera importante cuánto, e incluso cómo, se gasta en la salud de los individuos como se observa en la Gráfica 4.

Gráfica 4
Gasto Público en Salud per Cápita por Condición de Aseguramiento - México (2003)



Fuente: Salud: México 2003, Secretaría de Salud, 1° Edición 2004

La gráfica 4 muestra que el gasto en salud, por condición de aseguramiento, resulta ser una fuente de profundización de desigualdades, ya que en México el aseguramiento está vinculado a un empleo estable y formal, lo que hace que los hogares que no posean empleo, no cuenten con ingresos fijos y estables, en consecuencia no tendrán un aseguramiento social. Así, cuando enfrentan una enfermedad deberán comprometer mucho más que su ingreso

disponible e incrementar su riesgo de empobrecimiento por motivos de salud, por estas razones se vuelve impostergable generar una nueva forma de aseguramiento que pueda cubrir a la población que queda excluida de las formas tradicionales de protección social como IMSS, ISSSTE y PEMEX, al otorgar protección social, a estos grupos, a través del Seguro Popular.

Los estudios piloto para formular el Seguro Popular de Salud se iniciaron desde 2002 y fue en 2003 cuando se promulgó el decreto por el que se reformó la Ley General de Salud en materia de Protección Social, para dar soporte a la instrumentación, a partir de 2004, y que en 2006 cubre a más de 5 millones de familias, a partir del cual se establece el compromiso legal de alcanzar la cobertura universal para el año de 2010.

El Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) establecido por la SSA en 2002, determinaba un Paquete de Beneficios Familiar compuesto por 78 intervenciones, con un costo individual de \$1,230.00; un Paquete de Beneficios Integral compuesto por 105 intervenciones, con un costo individual de \$1,545.00; y un Paquete de Gastos Médicos Mayores, integrado por 15 intervenciones.

Por otra parte, el Seguro Popular cobra tarifas de acuerdo con la capacidad económica del usuario, en 2004, el 1° y 2° decil de ingreso quedaban exentos de pago y el 3° decil pagaría una cuota anual familiar de \$640.00 en tanto que el 10° decil pagaría una cuota anual familiar de \$10,200. Conviene decir que el 94% de las personas afiliadas pertenecían al 1° y 2° decil de ingreso y el 45% del gasto se destinaba a

medicamentos. Con estos datos se observa una gran coherencia entre la problemática observada en los gastos catastróficos y la respuesta del Seguro Popular, que debe buscar focalizar la cobertura no sólo a los más pobres, sino también a los adultos mayores y a los discapacitados, que son poblaciones que requieren atención continua y pueden resultar en una carga financiera para sus familias.

A continuación se describe la situación que guardaba México en el año 2000 en 6 indicadores de desempeño, que definió la Organización Mundial de la Salud (OMS) (ver Cuadro 2).⁷

De acuerdo con lo expuesto por la OMS el principal problema del Sistema de Salud Mexicano, era la Justicia y Equidad en la Contribución Financiera (primera columna del Cuadro 2), que mide tanto la equidad en la contribución financiera de los hogares como la protección social contra el riesgo financiero por motivos de salud, en ella México ocupó el lugar 144 entre 191 países; esto porque más de la mitad de los hogares no contaban con seguridad social; y ante demandas de atención médica inaplazables destinaban grandes proporciones de su gasto familiar para pagar del bolsillo sus demandas; o bien que se recurrió al gasto en salud por insatisfacción, lo que aumenta el gasto catastrófico por motivos de salud, mismo que coloca a los hogares en una situación de alto riesgo de empobrecimiento.⁸

7 Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud*, Suiza, 2000; Murray C. J. L., Frenk J. "Un marco para evaluar el desempeño de los Sistemas de Salud", *Boletín de la OMS*, World Health Organization, Suiza, 2000.

8 Cruz C., Alvarez F., Frenk J., Knaul F., Valdez C., Ramírez R. *El financiamiento de los servicios de salud y las cuentas nacionales en salud*, México, FUNSALUD, 1994; Knaul F., Arreola-Ornelas H, Borja C, Méndez O. "El sistema de protección social en Salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los

Cuadro 2
Índices para Medir el Desempeño de Sistemas de Salud / OMS 2000

País	Justicia y Equidad en la Contribución Financiera		Esperanza de Vida Saludable (EVISA) al Nacimiento		Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud		Metas Integrales Alcanzadas		Desempeño Eficiente			
	Índice	Lugar	Años	Lugar	Índice	Lugar	Índice	Lugar	del Sistema en Relación con EVISAS		General del Sistema de Salud	
Argentina	0.934	89	66.7	39	5.93	40	81.6	49	0.779	71	0.722	75
Brasil	0.623	189	59.1	111	4.81	130	68.9	125	0.767	78	0.573	125
Canadá	0.974	17	72.0	12	6.98	7	91.7	7	0.849	35	0.881	30
Colombia	0.992	1	62.9	74	5.30	82	83.8	41	0.814	51	0.910	22
Costa Rica	0.948	64	66.7	40	5.39	68	82.5	45	0.882	25	0.849	36
Cuba	0.972	23	68.4	33	4.97	116	84.2	40	0.849	36	0.834	39
Francia	0.971	26	73.1	3	6.82	16	91.1	6	0.974	4	0.994	1
Guatemala	0.889	157	54.3	129	4.97	115	72.3	113	0.714	99	0.713	78
Japón	0.977	8	74.5	1	7.00	6	93.4	1	0.945	9	0.957	10
México	0.903	144	65.0	55	5.66	53	81.1	51	0.789	63	0.755	61
Reino Unido	0.977	8	71.7	14	6.51	26	91.6	9	0.883	24	0.925	18
Estados Unidos	0.954	54	70.0	24	8.10	1	91.1	15	0.774	72	0.838	37

Fuente: The World Health Report 2000. Organización Mundial de la Salud. Ginebra Suiza, 2000.

Nota: En el ordenamiento de los lugares o posiciones del país con respecto al mundo, cuando existía un rango de posición, siempre se tomó el mejor lugar en todos los casos.

En lo relativo a la Esperanza de Vida Saludable (EVISA), que mide el tiempo previsto que la población en promedio vivirá gozando de una salud plena equivalente; es decir, el tiempo que se vivirá libre de cualquier grado de enfermedad o discapacidad; México ocupó el lugar 55, por debajo de países como Cuba o Costa Rica, cuyos sistemas de salud consiguen en promedio cerca de dos años adicionales de lo que ofrece el sistema de salud a los mexicanos. Este resultado está íntimamente ligado a la cobertura universal de la Atención Primaria a la Salud (APS), con la medicina de familia como el eje rector del sistema de salud y libre transportabilidad entre aseguradores.

En Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud, que es un indicador que se obtiene de la evaluación de informantes clave sobre el

gastos catastróficos de los hogares”, en *Caleidoscopio de la Salud*, Knaul F, Nigenda G (eds.), Fundación Mexicana para la Salud, FUNSALUD, México, 2003.

desempeño de su sistema de salud a partir de 7 elementos: dignidad, autonomía y confidencialidad (respeto a las personas), oportunidad de la atención, calidad de las amenidades, acceso a redes de apoyo durante la atención, elegibilidad del proveedor de la atención y orientación clínica.⁹ México ocupó el lugar 53 de entre 191 países; sin embargo, en lo referente a la distribución en la capacidad de respuesta, obtuvo el lugar número 53, con lo que se pone en evidencia la desigualdad en la distribución,¹⁰ en este sentido, en el país se debe volver un objetivo prioritario avanzar en el proceso de igualdad de trayectorias¹¹ (que implica que los individuos obtengan resultados similares, frente a un evento de enfermedad, independientemente del proveedor o del esquema de aseguramiento).

El índice de Metas Integrales Alcanzadas o Logro Global del Sistema de Salud, indicador que parte de la composición de 5 componentes ponderados:¹² 25% nivel de salud, 25% distribución de la salud, 12.5% capacidad de respuesta, 12.5% distribución de la capacidad de respuesta, 25% justicia y equidad en la contribución; en él México ocupó el lugar 51 de 191 países (columna 4, Cuadro 2). Cabe destacar que este indicador sintetiza la integralidad de la reforma en salud y en el plano ideal, en el país, se debe procurar que en la reforma, los aumentos en los recursos destinados a salud combatan por un lado la insuficiencia y por el otro, que parte del dinero adicional establezca

9 Organización Mundial de la Salud, *op. cit.*, 2000, pp. 208-9.

10 Organización Mundial de la Salud, *op. cit.*, 2000, pp. 208-9.

11 CEPAL, *op. cit.*, 2006, p. 20.

12 Para un análisis más detallado de la construcción de este indicador, se sugiere revisar “Un marco para evaluar el desempeño de los Sistemas de Salud”, *op. cit.*

candados para que se generen nuevas reglas de juego que transformen operativamente los servicios, otorgándole poder al paciente, e incentivando económicamente a los trabajadores que comprueben trabajar más y mejor.

El Desempeño Eficiente del Sistema en Relación con los EVISAS, indica la eficiencia de un Sistema de Salud, porque refleja el éxito que se tiene en términos de resultados de salud; el que México ocupe el lugar 63 pone en evidencia la ineficiencia en la asignación de recursos y la ineficiencia técnica, revela problemas tanto a nivel clínico, como de producción de servicios e ineficiencia gerencial. Básicamente la ineficiencia del sector se puede deber a dos causas: asignar los recursos de manera inadecuada o a utilizar los recursos asignados en forma incorrecta; o en el peor de los casos ambas. Nuevamente se impone la necesidad de igualar trayectorias, que tiene como requisitos fundamentales: homologar el financiamiento ante necesidades de atención iguales, cambiar la estructura a fin de lograr máxima eficiencia; así como incorporar la separación de funciones, cambio de estructuras APS y Corporativos, incentivos y empoderamiento económico al paciente, estándares clínicos y rendición de cuentas.

En cuanto a Desempeño Global del Sistema de Salud que es la relación entre el logro global y el gasto de los sistemas de salud, México ocupó el lugar número 61 en relación a la eficiencia agregada, donde las ineficiencias, inequidades y desigualdades anteriormente expuestas,

entran en sinergia negativa y hacen que los logros globales del sistema sean muy modestos.

A partir de estos indicadores expuestos, en comparativo internacional, se pueden identificar los ámbitos en los que se deben incorporar procesos de reforma, entre ellos:

- La reestructuración integral del sistema a fin de expandir la capacidad de elección de los pacientes.
- La urgencia de una reingeniería financiera y la expansión de los fondos, básicamente públicos, destinados a la salud.
- El reforzamiento de la APS y la medicina preventiva.
- Generar instancias e instrumentos para mejorar la eficiencia en la asignación de recursos e infraestructura.
- Lograr eficiencia técnica de los procesos.
- Procurar tener un estudio del control de los costos con estudios de costo-efectividad.
- Incremento la calidad de la atención.

De estas reflexiones, resultantes del análisis de los problemas de equidad y eficiencia en el financiamiento de los servicios de salud y de los indicadores proporcionados por la OMS para calificar los sistemas de salud, vale la pena agregar algunas de las recomendaciones que elaboró la OCDE para mejorar el funcionamiento y los resultados del Sistema de Salud. En las que se pone énfasis en combatir la fragmentación del Sistema de Salud, en procurar mejorar algunos de los principales indicadores de salud donde México tiene rezagos (como en mortalidad

infantil y mortalidad materna), así como en la necesidad de disminuir los costos administrativos del sistema y buscar una reforma estructural que lleve hacia la convergencia para lograr un sistema de salud único.

III. La problemática del gasto privado en salud y el gasto catastrófico

Como se expresó en el apartado anterior, uno de los grandes retos del Sistema de Salud en México es lograr una estructura de financiamiento del sector salud con una combinación óptima de fondos tanto públicos como privados, sin embargo la realidad actual es que el gasto privado es fundamentalmente gasto de bolsillo, que resulta altamente inequitativo y expone a las familias a un riesgo empobrecedor. En éste apartado se hará un análisis del gasto en que incurren las familias, por motivos de salud, bajo el contexto de la estructura familiar del gasto y con la toma en cuenta de variables que vuelven más vulnerables a las familias, inherentes tanto a los eventos de enfermedad como a la composición familiar; para realizar este análisis se utilizó la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares en México (ENIGH), se reportan algunos resultados relevantes, a lo largo del tiempo, a partir del año 1992 y hasta el año 2004, con datos reportados cada dos años.

Antes de presentar el problema del gasto de bolsillo, a nivel de los hogares, es necesario darle la relevancia debida a la problemática real que tiene inherente la estructura del gasto familiar de los hogares mexicanos: la restricción tan severa que tienen en su ingreso disponible; por ejemplo, a lo largo del tiempo, el gasto en alimentos se mantiene, como la principal erogación de las familias dado que ocupa

entre 38 y 41% del gasto total. En segundo y tercer sitio, aunque muy alejados en términos porcentuales, se ubican gastos en vivienda que alcanza niveles de entre 8.6 y 9.7% del gasto total, con una tendencia creciente suave en el periodo estudiado; por otro lado vestido, calzado y accesorios muestra, una leve caída de 1992 a 2004 va de 8.2 a 6.1% durante el mismo periodo.

Así, cerca del 20% de la población de menores recursos tiene comprometido el 80% del gasto familiar en 5 rubros ineludibles: alimentación, pago de renta, artículos de limpieza, cuidados personales y transporte público;¹³ por ello las familias más pobres en México no tienen holgura para pagar de su bolsillo los gastos de los servicios médicos.

Algunas de las características que hacen que el financiamiento de los servicios de salud en México a través de gastos del bolsillo sea altamente inequitativo, son: a) es un gasto imprevisto que sorprende a las familias y que en ocasiones no se tiene solvencia económica para enfrentarlo; b) el gasto en salud muchas veces es ineludible; c) el gasto en salud en ocasiones es previsible pero ineludible (gasto por embarazo y parto); d) puede traducirse en un gasto permanente, al tratarse de padecimientos crónicos; e) puede ser que el gasto realizado en el sector privado sea resultado de la insatisfacción por los servicios públicos recibidos; y finalmente, f) puede deberse a abusos propios de un mercado de servicios de salud poco o mal regulado.

13 Para obtener mayor detalle sobre este análisis se recomienda la revisión de "Políticas públicas sectoriales e intersectoriales para mejorar los niveles de salud: gasto privado y gasto de bolsillo por motivos de salud en México" *op. cit.*

El análisis de las ENIGH de 1992 a 2004 proporciona algunos indicios de los beneficios de los Programas de Salud a través de los cuales, efectivamente, se pudo reducir el porcentaje del Gasto de los Hogares en Cuidados Médicos y Conservación de la Salud, para el 1° decil de ingreso, pasó de 8.5% en 1998 a 5.7% en 2004. A su vez, en el análisis de la composición del gasto familiar se observa que el 1° decil de ingreso destinó 37.3% de su gasto de bolsillo en salud a medicamentos no recetados y 28.6% más como gasto en medicamentos recetados, dando un total de 66%; el segundo rubro eran las consultas médicas, de 20% a 30% del gasto de bolsillo en salud; finalmente, el muy bajo volumen de gasto privado en hospitalización, odontología y ortopedia.

Del Gasto de Bolsillo en Salud, es conveniente destacar el Gasto Catastrófico. Para medirlo, se utiliza el indicador de la contribución financiera de los hogares (CFH) que es un indicador que mide el porcentaje de la capacidad de pago destinado al gasto en salud.

$$CFH_i = \frac{(Gasto\ en\ salud)_i}{(Capacidad\ de\ pago)_i}$$

De manera que el porcentaje de hogares con gastos catastróficos se refiere a la proporción de hogares en riesgo de empobrecimiento a consecuencia de los gastos de salud no planificados. Cuando la CFH rebasa el 30% (CFH=.30), entonces los hogares incurren en lo que se ha

denominado como gastos catastróficos por motivos de salud. La forma para realizar el cálculo es: ¹⁴:

$$\text{gasto catastrófico} = \frac{\text{gasto mensual en salud}}{\text{gasto disponible}}$$

donde, $\text{gasto disponible} = \text{gasto total} - (\text{gasto en alimentos} + \text{gasto en vivienda})$

Cuando el gasto en salud rebasa el 30%, una vez descontado el gasto en alimentos y vivienda.¹⁵

En trabajos como el de Gwatkin (1999)¹⁶ o en reportes de la Organización Panamericana de la Salud¹⁷ se tiene evidencia respecto a que los pobres sufren una mayor incidencia, prevalencia y letalidad de enfermedades, en general soportan una carga elevada de enfermedad y al no estar asegurados tendrían que destinar una mayor proporción del gasto de bolsillo en salud. No obstante, paradójicamente se observa lo contrario en los hallazgos encontrados, ya que mientras más pobre es el hogar mayor es la proporción de éstos que no gastan, lo que parece ratificar la hipótesis de que la población pobre no asegurada no gasta hasta que es indispensable y al hacerlo se vuelve catastrófico; es decir a nivel nacional hay un sub gasto, que en un nuevo contexto de

14 De la ecuación original propuesta por Murray y Frenk (2000), no se tomaron en cuenta únicamente los impuestos para calcular la capacidad de pago, esto es para evitar la posible doble contabilidad de los mismos, en que se puede incurrir por como se reportan en la ENIGH; a diferencia del artículo de Knaul (2005) quien sólo tomó en cuenta ingreso total menos gasto en alimentos.

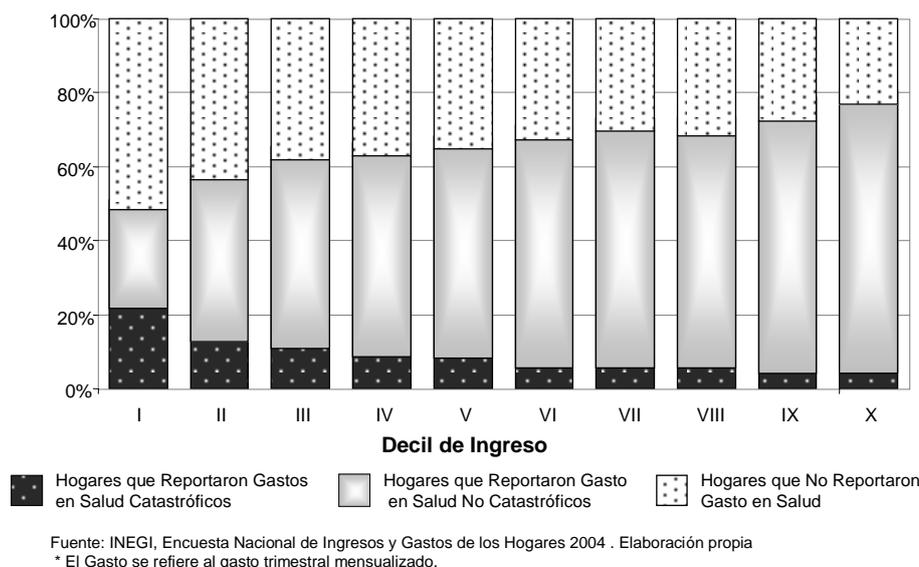
15 De acuerdo a lo expuesto por Murray y Frenk (2000) *Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño*, Protección financiera, Dirección General de Evaluación del Desempeño, SSA.

16 Gwatkin D. R., Guillot M., Heuveline P. *The Burden of Disease among the Global Poor*, Lancet, 1999; 354 (9178), pp. 586-9.

17 La carga de enfermedad en poblaciones pobres, Rev Panam Salud Pública, nov. 1999, vol. 6, núm. 5, p. 347-8.

aseguramiento universal reclamaría parte del financiamiento público adicional para completar la demanda de salud de los pobres no resuelta, esto se puede observar en la Gráfica 5.

Gráfica 5
Distribución Porcentual de los Hogares con Gasto en Salud y los Hogares que Reportaron No Gasto en Salud por Decil de Ingreso (ENIGH 2004)



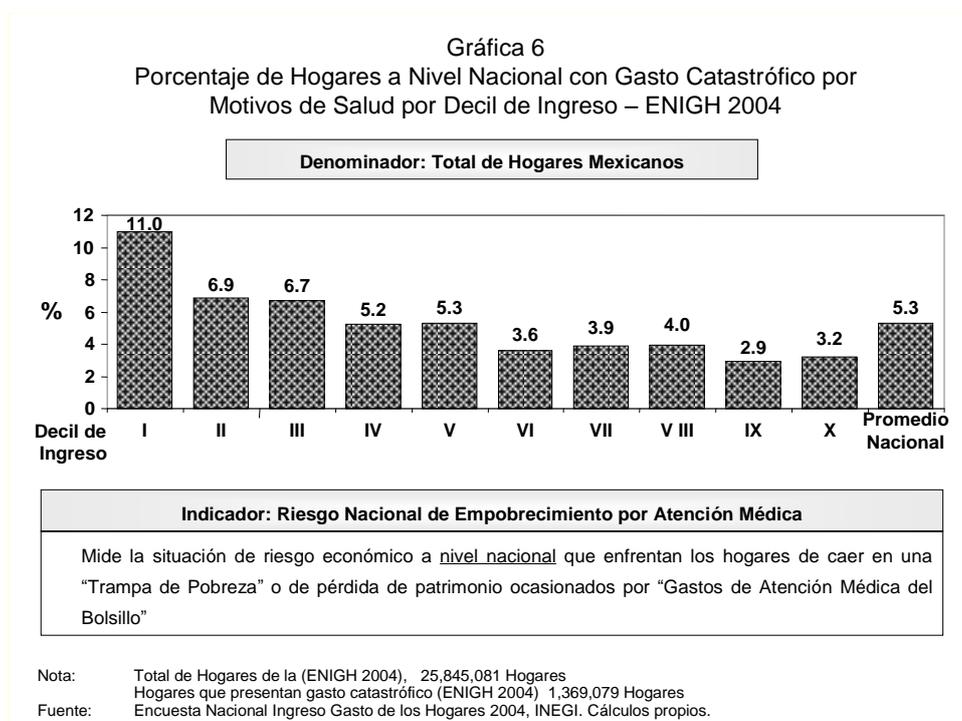
Se debe señalar que hay una gran proporción de población que no accede al sistema de salud, y como se observa en la Gráfica 5, son los primeros deciles sobre los que recae el peso de la enfermedad, y paradójicamente son quienes menor gasto en salud reportan. Esta evidencia hace reflexionar sobre todos aquellos hogares que no reportaron gasto en salud, pues lleva a pensar que, en buena medida, se excluyen del sistema de salud más por un problema de acceso¹⁸

18 Las formas en que tiene la población no asegurada financian los servicios de salud pueden ser: el endeudamiento o venta de activos de la familia, pero ambos son difíciles de cuantificar dados los préstamos informales, la usura y los mercados de segunda mano, que no están suficientemente documentados ni cuantificados en encuestas representativas.

(motivos financieros) que por poseer un buen estado de salud, reflejando el constante aplazamiento de la atención a la salud.

En la Gráfica 6, se describe por decil de ingreso para el año de 2004, cuál fue el porcentaje de hogares que presentaron gastos catastróficos (tomando como denominador al total de los hogares mexicanos que reportaron o no, gasto en salud en la ENIGH), independientemente de su condición de aseguramiento, tamaño de localidad o cualquier otro tipo de variable (C. Cruz, *et al.*, 2005)

Se observa que para el primer decil de ingreso, el riesgo a nivel nacional de que el hogar incurriera en gastos catastróficos era de 11.0%. En tanto que el promedio nacional de incurrir en riesgo fue de 5.3% y se observa que generalmente el riesgo de gasto catastrófico por motivos de salud se incrementa conforme el hogar era más pobre.

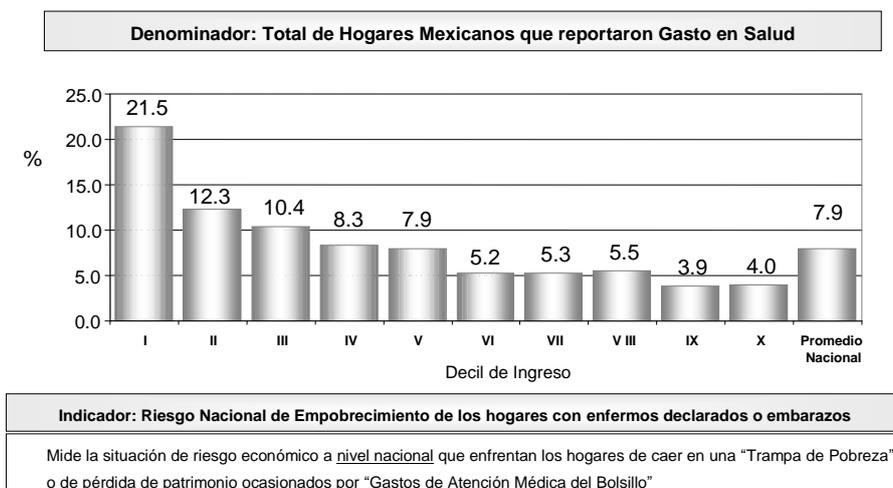


Si se analiza el gasto catastrófico en salud para el total de los hogares mexicanos, se obtiene un indicador que da cuenta del Riesgo Nacional de Empobrecimiento por Atención Médica y expresa la situación de riesgo económico a nivel nacional que enfrentan los hogares; así como el porcentaje de hogares que para atender demandas de salud tuvieron que endeudarse, vender patrimonio o en casos extremos robar; y que los puede conducir a una trampa de pobreza.

Otra forma de abordar el problema es analizar los Gastos Catastróficos sólo para los hogares que reportaron algún tipo de gasto en salud al momento del levantamiento de la ENIGH, como se reporta en la Gráfica 7. Bajo esta perspectiva, el porcentaje de hogares que registraron gasto catastrófico fue de 21.5% en el 1° decil de ingreso; esto quiere decir que casi uno de cada cinco de los hogares más pobres en 2004, que registró gasto en salud tuvo repercusiones empobrecedoras. La situación para el 2° decil, es que el 12.3% de los hogares con gasto en salud tuvieron un Gasto Catastrófico.

El promedio nacional de incurrir en gasto catastrófico, independientemente del nivel de ingreso fue de 7.9%. Por otra parte, resulta altamente contrastante la diferencia en la proporción de hogares con gasto catastrófico, entre el primer y décimo decil, que es de 13.6% entre uno y otro. Ante esta evidencia, cobra particular relevancia que se busque establecer los determinantes del gasto catastrófico y la probabilidad de su incidencia.

Gráfica 7
 Porcentaje de Hogares a Nivel Nacional con Gasto Catastrófico por Motivos de Salud por Decil de Ingreso (ENIGH 2004)



Nota: Total de Hogares de la (ENIGH 2004), 17,233,091 Hogares
 Hogares que presentan gasto catastrófico (ENIGH 2004) 1,369,079
 Fuente: Encuesta Nacional Ingreso Gasto de los Hogares 2004, INEGI. Cálculos propios.

Así se revela un Sistema de Salud en el que los individuos se ven obligados a pagar de su propio bolsillo los costos de los servicios de salud, situación que restringe el acceso a quienes pueden pagarlos y excluye a los miembros más pobres de la sociedad o bien hará que éstos se endeuden, es decir, el gasto en salud se ha identificado como un factor de empobrecimiento para los hogares que están excluidos del sistema de salud.

Finalmente y con base en estos indicadores, se estimó la probabilidad de incurrir en Gasto Catastrófico en México,¹⁹ con datos de la ENIGH 2004, en esta estimación se encontró que cuando hay un aumento de 1% en la proporción de adultos mayores y 1% en la

¹⁹ Para abundar en la estimación del modelo probit, que estima la probabilidad de riesgo de tener gasto catastrófico, se recomienda revisar Cruz C, *et al.*, *Políticas públicas sectoriales e intrasectoriales para mejorar los niveles de salud en México: gasto privado y gasto de bolsillo por motivos de salud en México*, UIA, Departamento de Economía, CONACYT, México, 2005.

proporción de niños menores de 2 años en el hogar, la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico aumenta en 6% y 11% respectivamente. Sin embargo, el riesgo de incurrir en gasto catastrófico es mucho más alto en los hogares con aseguramiento; 4% en hogares asegurados y 7% en los no asegurados para la proporción de adultos mayores; 0.02% y 15% para la proporción de niños. El modelo estimado también permitió verificar que el aseguramiento es un factor de protección en cuanto a la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico para los hogares que poseen entre los miembros del hogar a niños y adultos mayores.

En cuanto al gasto catastrófico por zona de residencia, las localidades rurales, generalmente se encuentran en desventaja con respecto a las zonas urbanas, con un 2% de mayor probabilidad de incurrir en gasto catastrófico. En relación a la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico cuando algún miembro del hogar tiene una discapacidad, la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico por cada discapacitado adicional en el hogar, aumenta en 3%, los no asegurados tienen una probabilidad de 4% de incurrir en gasto catastrófico, respecto al 1.4% de los asegurados. La relación entre la probabilidad de gasto catastrófico y los años de escolaridad disminuye por cada año adicional de escolaridad: la probabilidad es más alta para los no asegurados con 1.5%, contra el 0.3% de los asegurados.

Con respecto a la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico y la condición de aseguramiento se observa que los hogares asegurados tienen una probabilidad 1.2% menor de incurrir en gasto catastrófico que los hogares sin aseguramiento. Sin embargo, este resultado es

preocupante en ambos sentidos puesto que hogares que poseen aseguramiento no deberían incurrir en gasto catastrófico, pero muchos de ellos están dispuestos a gastar de su bolsillo porque tienen una percepción de baja calidad en los servicios que ofrecen IMSS, ISSSTE, PEMEX, entre otros; así recurren a los servicios privados por insatisfacción, por la atención obtenida en experiencias previas o por la falta de amenidades.

Después de identificar el grave problema que implica el gasto de bolsillo por motivos de salud, en términos de bienestar de los hogares, se proponen cuatro condiciones de cambio en la política de gasto en salud, fundamentales para evitar el riesgo de empobrecimiento familiar por enfermedad:

- Que el aseguramiento no esté estrictamente vinculado a la condición laboral y promover el desarrollo del Seguro Popular de Salud, que garantizaría cobertura universal.
- Fomentar la transformación de gastos de bolsillo a pre-pagos, en esquemas de aseguramiento a la salud.
- Generar nuevas disposiciones en la seguridad social a fin de permitir co-pagos cuando el derechohabiente inconforme con los servicios públicos opte por los servicios privados.
- Prestigiar a las instituciones que cubren la doble función de aseguradoras y prestadoras de servicios.

IV. La relevancia del complejo médico industrial

En México el sector privado resulta estratégico para la provisión de bienes y servicios en la atención a la salud, éste se sostiene tanto por fondos públicos como por fondos privados; por ello si se financiara adecuadamente, se incrementarían los fondos destinados a compras consolidadas del sector público y si creciera el volumen de población asegurada (si no hay pre-pagos, las familias no tienen capacidad de ejercer el gasto suficiente para sostener el sector privado), se puede presentar un cambio sustancial en la estructura de este mercado y su desarrollo. El análisis del desarrollo del complejo médico industrial y el sector salud, se estructura a partir de dos grandes temas: la atención médica privada y la industria farmacéutica.

El término “Complejo Médico Industrial” se toma haciendo una analogía del término “Complejo Militar Industrial” –“Military-Industrial Complex–, que se refería a la combinación e intereses mancomunados de las fuerzas armadas, la industria armamentista, la política y los intereses comerciales de los Estados Unidos, en la década de los sesenta.

Eliminando el carácter bélico del concepto, pero manteniendo las sinergias positivas que se pueden lograr al focalizar estrategias sobre un fin común, el “Complejo Médico Industrial”, partiría de reconocer como estratégico al mercado de insumos y servicios de salud, tanto público como privado, y trataría de mancomunar intereses de tipo comercial, productivo, laboral y del sector salud; utilizando el nuevo contexto de reforma sectorial y los recursos adicionales que conlleva, con el fin de desarrollar en México toda una industria de insumos y servicios para la

atención a la salud económicamente sólida, para detonar un eje dinámico de la economía y ofrecer mejores opciones para elevar la calidad de vida de la población.

Una de las características del sector salud es que tiene una baja capacidad para movilizar recursos en el sector privado, originada porque el gasto privado proviene en más de un 90% de bolsillos de hogares empobrecidos, lo que ocasiona que el Mercado de Insumos para la Salud y el Mercado de la Atención Médica sean muy reducidos, con muy baja capacidad resolutive y un desarrollo sub-óptimo en tamaño, escala, calidad, tecnología y recursos.

Para desarrollar el Complejo Médico Industrial se requieren dos condiciones básicas:

1. Los Servicios de Salud del Sector Público le abran espacios a la provisión privada en donde sea costo-efectiva, y con esto la apoye y la desarrolle.
2. La modificación del esquema de financiamiento de los hogares y el tránsito de un financiamiento básicamente de bolsillo al desarrollo de esquemas de pre-pago.

Es pertinente destacar el peso específico en la economía de la Atención Médica Privada, que de acuerdo a lo expuesto en el Cuadro 3, hacia 2003 los Servicios de Salud y de Asistencia Social registraban 102,940 unidades económicas, que representaban 3.4% del total de unidades censadas a nivel nacional; con 355,169 personas ocupadas, 2.2% del total; que percibían \$8,745.3 millones de remuneración, 1%

del total; con una producción bruta total de \$43,697.1 millones, 0.7% del total; un consumo intermedio de \$20,996.7 millones, 0.7% del total; y un valor de activos fijos de \$34,073.5 millones, 0.9% del total.²⁰

A su vez, la estructura del mercado, sin contar los hospitales, se caracteriza por la presencia de microempresas, varias unidades económicas con un bajo poder empleador; al respecto se puede generar la hipótesis de que podrían crecer las unidades si se cambiara la forma de financiamiento del pago directo del bolsillo al pre-pago, ya fuera privado o bajo contratos con aseguradoras públicas, puesto que como hoy se está organizado el mercado es imposible que con gasto de bolsillo se logre dar impulso a la atención privada de la salud. Otro de los problemas que no se ha resuelto es la baja participación en el mercado del Seguro Médico Privado, ya que en México el aseguramiento privado sólo representa 3.8% del total y se requiere de un diagnóstico más preciso así como de estrategias y compromisos más concretos para el crecimiento exponencial de este tipo de seguros.

Ya se mencionó la relevancia de favorecer el movimiento de recursos económicos en el sector salud y esto ocurriría básicamente en dos sentidos: crecimiento de los seguros privados en salud e incremento del volumen de compras por parte del gobierno (tanto de bienes como de subrogación de servicios).

20 INEGI, Censo económico 2004. ¡El quehacer económico en números!, julio 2005, México. Consulta www.inegi.gob.mx. 24 de abril de 2006.

Cuadro 3
Indicadores Básicos de Unidades Médicas Privadas en México
Censos Económicos de 2004 en Miles de Pesos

	Total de Unidades Económicas	Remuneraciones	Producción Bruta Total	Consumo Intermedio	Valor Agregado Censal Bruto	Total de Activos Fijos
Consultorios de Medicina General	22,375	529,235	3,578,989	1,343,585	2,235,404	3,738,651
Consultorios de Medicina Especializada	20,230	878,893	6,177,406	2,378,668	3,798,738	5,103,032
Consultorios Dentales	32,014	503,254	4,814,219	2,214,145	2,600,074	4,675,514
Otros Consultorios	6,417	234,296	1,544,746	675,148	869,598	1,020,277
Laboratorios Clínicos	6,972	893,600	6,522,295	2,806,830	3,715,465	3,514,149
Hospitales Generales	1,699	2,902,853	12,606,125	6,622,587	5,983,538	9,274,278
Hospitales de Especialidad	782	1,156,575	5,032,485	3,012,383	2,020,102	3,165,697
Total Nacional Servicios de Salud y Asistencia Soc.	102,940	8,745,322	43,697,104	20,996,733	22,700,371	34,073,532

Fuente: INEGI, Censos Económicos 2004. Tabulados Básicos de Servicios de Salud y Asistencia Social. www.inegi.gob.mx consulta 24 abril 04

Por ello, vale la pena hacer una revisión somera del mercado de seguros en México. En el país, coexisten esquemas de seguro privado tanto de gastos médicos mayores, preponderantemente hospitalarios y de alta especialidad. Los seguros de gastos médicos mayores en 2003 cubrían a 3, 820,151 personas, de las cuales 2,835,000 eran asegurados cubiertos por Grupo y Colectivo y 985,000 por primas individuales. Los seguros de gastos médicos mayores tienen un precio relativamente alto para que una familia promedio acceda a ellos, por ejemplo, para una familia en la que los padres rondaran los 40 años y tuvieran dos hijos entre 10 y 12 años, una prima familiar costaría entre 40 mil y 60 mil pesos anuales, dada su poca holgura de su restricción presupuestal.

El segundo tema que se destaca en este apartado, es la importancia de la industria químico farmacéutica, que en 2002 representó el 1.2% del

PIB y el 21% del gasto en salud del sector salud público y privado. A principios del milenio coexistían más de 300 laboratorios que comercializaban más de 7,000 medicamentos en más de 12,000 presentaciones y que en el país operaban más de 23,500 farmacias privadas y públicas con una excelente distribución por parte de compañías mayoristas, muy eficientes, como Nacional de Drogas, Casa Saba y Casa Marzam, que han logrado que a lo largo y ancho del país no falten los medicamentos.²¹ Además, en 2003 la industria química farmacéutica empleaba a 45,401 personas y el 82% del mercado privado; algunas de estas cifras se observan en el Cuadro 4.

Cuadro 4
Numeralia del Sector Farmacéutico Mexicano

Datos Económicos del Mercado Farmacéutico 2002
<ul style="list-style-type: none"> □ 7.8 millones de dólares □ 1.2% PIB □ 21% del Gasto Total en Salud (Público y Privado)
Estructura del Mercado Farmacéutico 2002
<ul style="list-style-type: none"> □ Aproximadamente 300 laboratorios comercializan 7,000 medicamentos, en más de 12,000 presentaciones □ Aproximadamente 150,000 médicos prescriben medicamentos □ Se surten en más de 23,500 farmacias privadas y públicas □ Más del 60% de las ventas de medicamentos corresponde a productores transnacionales filiales de los principales laboratorios extranjeros. □ De las 20 empresas con más ventas, 19 son transnacionales
Estructura de la Distribución Farmacéutica 2002
<ul style="list-style-type: none"> □ Distribución de más de 7,000 productos de 300 empresas a más de 23,500 puntos de venta □ Excelente distribución por lo grande, accidentado, incomunicado y riesgoso del territorio. □ Principales mayoristas en la distribución: Nacional de Drogas Nadro, Casa Saba y Casa Marzam; (Nadro y Saba distribuyen 56%, y Nadro, Saba y Marzam 67%) □ 33% de la distribución restante a través de 20 distribuidores locales de menor tamaño especializados en el nivel local

Fuente: González Pier E., González A. Competencia Económica en México. Capítulo X Regulación Saludable del Sector Farmacéutico. Comisión Federal de Competencia. Editorial Porrúa. México. 2004.

²¹ González Pier E., González A., “Capítulo X. Regulación Saludable del Sector Farmacéutico”, en *Competencia económica en México*, Comisión Federal de Competencia, Porrúa, México, 2004.

Los datos reportados en el Cuadro 4 acusan un sector dinámico que tiene presencia en gran parte del territorio nacional y con importante capacidad de atraer inversión externa, se trata de una industria que es altamente impulsada por la demanda, puesto que más de la quinta parte del gasto agregado del Sector Salud se refiere a compras de medicamentos.

El Mercado de Medicamentos en México es sólido y la mayoría de las empresas líderes a nivel mundial no sólo proveen de medicamentos sino que tienen plantas en el país. Por otra parte, se estimó que en 2003 la industria de Medicamentos en México empleaba de manera directa a 45,401 personas y que en promedio obtenían mayores niveles de remuneración que la media del mercado laboral. Asimismo, se observó que la media de crecimiento anual de 1993 a 2002 en la fabricación de productos farmacoquímicos y farmacéuticos aumentó a una tasa real de 4.85% anual.²²

Las compras gubernamentales de medicamentos en 2002 presentaron las siguientes características en México:²³ el sector público concentra el 50% del volumen del mercado pero apenas el 18% del valor, mientras que el consumo por Instituciones Públicas es el siguiente: el IMSS representa el 80% de la compra pública, ISSSTE representa el 14.2% y la SSA Federal y Estatal representa el 5.4% de la compra pública) y finalmente, son los laboratorios nacionales quienes suministran cerca del 80% de la compra pública.

22 Enríquez Rubio E., Frati Munari A., González Pier E., *Hacia una política farmacéutica para México*, Secretaría de Salud, México, 2006.

23 *Ibidem*.

Finalmente, el tema cobra especial relevancia frente a la puesta en marcha del Seguro Popular, puesto que el desarrollo de la industria farmacéutica quedará en manos de la burocracia al consolidarse el gobierno como el único comprador de medicamentos, ya que con la cobertura universal y la garantía de medicamentos a los asegurados, la compra de medicamentos por particulares se reducirá considerablemente. Por otro lado, el sector privado debe competir por contratos públicos que le den certidumbre de mediano plazo y generar nuevas fórmulas de incorporación hacia pre-pagos en Instituciones de Seguros Especializados en Salud que le permitan superar la atomización del gasto de bolsillo.

v. La alineación y convergencia de las políticas de salud con las políticas de otros sectores económicos

Hasta este punto se han revisado algunos factores endógenos y particularidades del sector salud; sin embargo, es deseable identificar el contexto general de políticas públicas y de desarrollo social en el que se ubica el Sistema de Salud mexicano. La realidad actual en México refleja un país con graves problemas económicos y sociales, sin embargo son 3 los principales problemas que enfrenta: la pobreza, la desigualdad extrema y su reproducción en todos niveles, y una baja recaudación, que imposibilita acciones contundentes en materia de política social. A continuación se presenta una serie de propuestas con el fin de alinear la política social, en el sentido más amplio, con las políticas y reformas estructurales propias del Sector Salud.

A partir del análisis de la sinergia entre la política fiscal y la política de salud, se observa que la problemática general del sistema fiscal mexicano, está caracterizada por: a) muy baja recaudación: 15.4% del PIB; b) un esquema de recaudación tributaria con múltiples exenciones, con lo que ha perdido neutralidad, equidad y simplicidad; propiciando una pérdida recaudatoria estimada recientemente por la SHCP en 5.3 puntos del PIB; c) una estructura de la carga tributaria inadecuada, se requiere que se duplique la participación de los impuestos al consumo de 3.5% del PIB al 7%, con una profunda reestructuración de los esquemas tributarios que gravan ingresos, en la búsqueda de incentivar y reactivar la inversión productiva y el ahorro a nivel nacional; d) una participación desbalanceada por niveles de gobierno en cuanto a recaudación y distribución de recursos.

El papel de la Política Fiscal como medio para sustentar económicamente servicios de salud de calidad, equitativos y eficientes; es por demás relevante, ya que para lograr un sistema moderno de aseguramiento en salud, es indispensable contar con una importante cantidad de recursos públicos y éstos deberán surgir de incrementos absolutos en el nivel de recaudación, que sólo serán posibles si se instrumenta una Reforma Fiscal realmente Integral.

En materia de Finanzas Públicas, se ha hecho patente la necesidad de fortalecer los ingresos recurrentes (impuestos directos e indirectos), no obstante la existencia de ingresos no recurrentes (petróleo y privatizaciones), ya que la posibilidad de seguir

compensando la ausencia de ingresos estables con otras fuentes de recursos se puede agotar en el corto plazo.

En México para poder aumentar la recaudación es necesario reorientar el Sistema Fiscal hacia los cinco principios básicos de una recaudación correcta:²⁴

- ❖ Equidad horizontal: gravar igual a todos los agentes que tengan la misma capacidad contributiva.
- ❖ Equidad vertical (progresividad): gravar más a individuos con una capacidad contributiva mayor.
- ❖ Eficiencia y neutralidad: un diseño que evite abrir oportunidades a la evasión y elusión fiscal.
- ❖ Competitividad: mantener un nivel de competitividad fiscal frente a socios comerciales y competidores.
- ❖ Simplicidad: evitar regímenes de excepción, tratos preferenciales y privilegios.

La mayoría de los países de la OCDE, al contar con un nivel de recaudación alto, pueden afrontar un gasto público elevado, en cambio en México, la recaudación y el gasto ejercidos resultan insuficientes para fundear las necesidades de salud, educación, desarrollo social, combate a la pobreza, infraestructura, seguridad, etcétera.

En este orden de ideas, hay dos tareas impostergables que pueden permitir alinear la política fiscal con la política de salud: 1) Aumentar el

24 Banco de México, Un comparativo internacional de la recaudación tributaria, mayo 21, 2003

gasto público en salud en 1.5 puntos porcentuales del PIB,²⁵ para fortalecer los programas redistributivos de compensación social en salud; y 2) El cambio en la arquitectura financiera de los fondos públicos y la modificación de los Ramos de la administración pública centralizada dirigidos al combate de la pobreza²⁶ para que la estructura programática presupuestal responda a la nueva Política de Estado en Materia de Salud.

Se pretende estructurar una propuesta hacia un Sistema de Desarrollo Socioeconómico Integrado y Sustentable que transite de un conjunto atomizado de políticas sociales y económicas, que tienen un gran valor en sí mismas, hacia un sistema que integre políticas, mancomune acciones y logros intersectoriales.

A partir del análisis de la sinergia entre la política de desarrollo social y la política de salud, se puede afirmar que, la pobreza puede ser concebida como una privación multidimensional, en donde la imposibilidad de obtener cierta especificación de activos, ingresos, bienes de consumo u otros elementos del bienestar, identifica a quién es pobre. No sólo existe un tipo de pobreza y no es conveniente confundir el concepto de pobreza con otros conceptos distributivos, como la desigualdad, marginalidad y exclusión.²⁷ La pobreza desde el ámbito de la salud es muy importante, pues en muchas ocasiones el

25 Que permita que México se ubique en el piso de gasto promedio de los demás países de la OCDE.

26 Fundamentalmente los ramos 12, 13, 19, 28 y 33.

27 Cfr. *Medición de la pobreza: variantes metodológicas y estimación preliminar*, Secretaría de Desarrollo Social, Comité Técnico para la Medición de la Pobreza, 2002, (Documentos de Investigación, 1), dirección: www.sedesol.gob.mx, fecha de consulta: 17 de julio de 2003.

único activo que tienen los pobres es su cuerpo y si éste se deteriora por la enfermedad, hunde al pobre y a su familia en una trampa de pobreza, de la cual es muy difícil escapar.²⁸

En un proyecto de reducción de pobreza y fomento al crecimiento económico, se debe considerar a la salud como un bien final, en el que debe invertirse a lo largo del tiempo, lo que llevará a un círculo virtuoso que romperá con las inercias negativas dentro de los sectores más pobres de la población de una nación.²⁹ Por lo que el mejoramiento de la calidad de vida de los pobres debe implicar una mejoría en sus condiciones materiales de vida, de sus estilos de vida y en el autocuidado de la salud.

Es evidente que en México al problema de la pobreza se le debe sumar el problema de la desigualdad, que se ha polarizado, concentrándose el ingreso en muy pocos hogares y la miseria en muchos, cabe aclarar que, la desigualdad alude a una medida de dispersión de la distribución y se expresa en múltiples dimensiones: desigualdad en salud, desigualdad en educación, desigualdad en ingreso, entre otros.

Como resumen de la situación que presenta el país en términos de pobreza, desigualdad y desarrollo humano; se podría afirmar que solamente una adecuada Política Económica que garantice crecimiento, estabilidad y generación de empleos; combinada con una acertada política social en donde se lograra igualar el acceso a oportunidades y

28 Sachs J., *Improving Health Outcomes of the Poor*, Commission on Macroeconomics and Health, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002; Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, *op. cit.*, México, 2006.

29 Rubalcava L., Teruel G., *La importancia en México del capital humano de la madre en la salud de los hijos: un análisis multidimensional*, documento preparado para la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud, México, 2004.

potenciar las sinergias positivas entre salud, educación y bienestar; podrían ser vías efectivas para lograr detonar el cambio en México, dejando atrás el subdesarrollo y mejorar la calidad de vida de los mexicanos.

Consecuentemente, se identifican cinco acciones que de llevarse a cabo lograrían alinear la política de desarrollo social con la política de salud: 1) Garantizar los recursos financieros humanos y materiales para lograr la cobertura universal del Seguro Popular para 25 millones de mexicanos en Pobreza Alimentaria y Pobreza de Capacidades; 2) La focalización de acciones en salud, ampliación del paquete de beneficios para atacar problemas epidemiológicos propios del rezago, e introducción de incentivos especiales a los trabajadores de salud para arraigarlos a las comunidades rurales y pueblos indígenas; 3) La complementariedad de las transferencias monetarias del Programa de Oportunidades a las poblaciones pobres con un nuevo sistema de Apoyo Psicosocial para generar condiciones individuales y familiares que detonen un cambio de actitud hacia el progreso; 4) El fortalecimiento de las acciones en saneamiento básico, drenaje, agua potable y vivienda para población que vive en condiciones de pobreza; y 5) La ampliación de los programas de nutrición dirigidos a los pobres.

A partir del análisis de la sinergia entre la política laboral y la política de salud, se destaca que el empleo tiene repercusiones directas sobre los niveles de salud, ya que a la población que vive en condiciones de alta marginación, caracterizada por precarias condiciones materiales de vida y estilos de vida poco saludables; al sumársele la falta de

empleo, o bien formas de autoempleo que no están asimiladas al sector formal; se genera una situación de riesgo y vulnerabilidad extrema, en donde la salud de las familias se puede ver fatalmente amenazada debido a los gastos catastróficos que en muchos casos la hundirán en la miseria.

Cuando se procura una mayor inversión en salud, las personas se enferman con menos frecuencia, los trabajadores se ausentan menos y son más productivos; y se puede detonar un círculo virtuoso en donde los salarios aumenten, crezca la inversión directa tanto nacional como extranjera y la economía se expanda.

En el caso de México, en 2004 la población ocupada en el Sector Informal se estimaba en 11, 331,594 personas, de las cuales 64.4% eran hombres y 35.6% eran mujeres, además el porcentaje de población desocupada abierta entre los 20 y 24 años en 2004 fue de 7.7%, lo cual es preocupante, ya que el país está atravesando un proceso de transición demográfica en el cual la edad promedio de su población está dentro de este rango.³⁰

El desempeño de la economía mexicana en materia de empleo ha sido insuficiente para cubrir la creciente demanda de empleos de calidad, lo que ha obligado a que los individuos que no tengan un empleo formal o se hayan quedado sin él, creen su propia fuente de trabajo, dando como resultado un incremento del sector informal y queden desprotegidos en el proceso salud-enfermedad.

30 INEGI, www.inegi.gob.mx.

Del análisis de la sinergia entre la política educativa y la política de salud, se debe tener en cuenta que los avances se dan con mayor lentitud, pueden tomar de 5 a 10 años o hasta una generación entera para mostrar sus frutos.³¹

En México; los rezagos en los indicadores educativos llevan a concluir que la extrema escasez de recursos que sufren las finanzas públicas mexicanas, debido al aplazamiento de la reforma fiscal y a la baja recaudación, imposibilitaba canalizar más recursos públicos a la educación. La CEPAL, ha señalado que se requieren entre 11 y 12 años de educación formal para contar con claras posibilidades de salir de la pobreza o no caer en ella mediante el acceso a empleos con remuneraciones o ingresos suficientes, sin embargo, en México la educación formal es poco menor a 7 años.³²

El capital humano y la educación formal están estrechamente vinculados a las tasas de crecimiento económico, dada la importancia del capital humano en el crecimiento total de los factores productivos y del ingreso *per cápita*. Además, los cambios en la distribución del ingreso están determinados por cambios en la distribución de los atributos productivos de los individuos, donde la escolaridad juega un papel determinante, así como en los cambios en la estructura salarial o en los retornos que generan estos atributos productivos.³³

31 Cfr. *Panorama educativo: indicadores de la OCDE*, OCDE, versión 2003, (Resumen).

32 Cfr. *Financiamiento y gestión de la educación en América Latina y el Caribe*, Versión preliminar, Documento preparado para el trigésimo periodo de sesiones de la CEPAL, 11 de junio de 2004.

33 Cfr. Donald J. Robbins, *Gender, Human Capital and Growth: Evidence from 6 Latin American Countries*, Development Centre, OECD, 1999, pp. 6-7.

En México en el 2000, mientras la totalidad de los niños de familias de altos ingresos ingresaban a la escuela y continuaban sus estudios hasta el nivel medio superior; en los hogares de bajos ingresos 8% de los niños no se incorporaron a la escuela, 24% de los que entraban no terminan la primaria, 53% no continuaban sus estudios a secundaria y menos de una cuarta parte asistía al nivel medio superior.³⁴

Por ello, se recomiendan algunas líneas de acción para avanzar en la sinergia entre la política educativa y la política de salud, tales como: el diseño de un nuevo modelo de atención a la salud en las escuelas que incluya paquetes de beneficios en atención primaria a la salud para estudiantes dependiendo de edad y sexo, una reingeniería financiera a fin de cubrirlo con parte de la cuota social del estado dirigida a salud, un programa de acreditación de escuela limpia y el mejoramiento del enfoque de salud preventiva en los libros de texto gratuitos.

El análisis de la sinergia entre la política ambiental y la política de salud, se dio en torno a la definición de Salud Ambiental que se refiere a la teoría y práctica de identificar, corregir, controlar y prevenir aquellos factores en el ambiente que pueden afectar adversamente la salud de generaciones presentes y futuras. Por otro lado, el término Desarrollo Sustentable se refiere a las actividades que el hombre emprende para satisfacer necesidades actuales sin comprometer la disponibilidad de recursos para las generaciones futuras. Se dice que a largo plazo la buena salud de la población depende de que los sistemas

34 SEDESOL, *Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006*, Secretaría de Desarrollo Social, México, 2001.

ecológicos, físicos y socioeconómicos de la biosfera se mantengan estables y en correcto funcionamiento.³⁵

Existen riesgos globales como la contaminación del aire, el deterioro de la capa de ozono, la pérdida de biodiversidad y el cambio climático tienen impactos adversos en la salud, ya que reducen los beneficios sociales y económicos esperados, transfiriendo costos ocultos al sector salud.

Se observa un incremento de la contaminación y escasez de agua a nivel mundial; UNESCO estima que para el año 2025 entre 1,000 y 2.400 millones de personas vivirán con escasez de agua.³⁶ En México, el acceso al agua potable presenta rezagos, sobre todo en el ámbito rural, ya que más del 30% de la población rural no cuenta con acceso directo a agua entubada; asimismo, el rezago en materia de saneamiento básico es crítico. Por otro lado, la asignación de recursos para el mejoramiento ambiental es muy baja, el gasto en protección ambiental como proporción del PIB (GPA/PIB) se encontraba en el año 2000 en niveles de 0.2%.³⁷

Consiguientemente, se proponen tres líneas de acción para mancomunar la política ambiental con la política de salud: a) la focalización de acciones para lograr el Blindaje Sanitario del País, garantizar: el acceso universal a agua potable, el tratamiento del total de aguas residuales, avances significativos en saneamiento básico y

35 Cfr. *Cambio climático y salud humana - Riesgos y respuestas*, Organización Mundial de la Salud (OMS, OMM, PNUMA), 2003, p. 5.

36 *Ibidem*, p. 4.

37 Cfr. *Prioridades en el reforzamiento de la capacidad de gestión ambiental en México*, Comisión para la Cooperación Ambiental, 2001.

drenaje, y el manejo efectivo de la basura; b) la focalización de acciones para mejorar la capacidad de respuesta ante contingencias y desastres resultantes del cambio climático y atmosférico; y, c) el desarrollo de acciones para promover un Programa de Aire Limpio en Lugares Cerrados .

De la sinergia entre la política externa, la migración, el turismo y la política de salud, se destaca que la globalización económica ha ocasionado un replanteamiento de la salud internacional y reclama de acciones para mejorar la respuesta de los países ante el creciente riesgo de pandemias. La nueva conceptualización de la Salud Internacional parte de la base de la existencia de Bienes Públicos Globales en Salud que pueden afectar las economías de los países a partir de 2 procesos: Las pandemias y la interconexión estructural de los procesos de producción entre las economías del mundo.

El proceso de migración de trabajadores mexicanos a los Estados Unidos ya es un problema de Estado el simple hecho de observar las cifras de remesas provenientes de migrantes hacia sus familias lleva a pensar que se requiere de la solución conjunta entre ambos países, en donde el aseguramiento de las condiciones de salud de los trabajadores migrantes y sus familias es un tema central.

Así pues, se proponen seis líneas de acción para hacer compatible la política de un México globalizado con la política de salud: a) desarrollar el seguro social para trabajadores mexicanos migrantes, b) el abaratamiento del costo del aseguramiento en salud y el mejoramiento del nivel de vida de los mexicanos como variables para

atraer capitales, c) focalizar acciones para el Blindaje Sanitario de Enclaves Turísticos, y d) apoyo al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, para el desarrollo de la investigación multicéntrica y multipaís sobre enfermedades que podrían generar pandemias.

VI. Innovaciones institucionales estratégicas, recomendaciones y propuestas

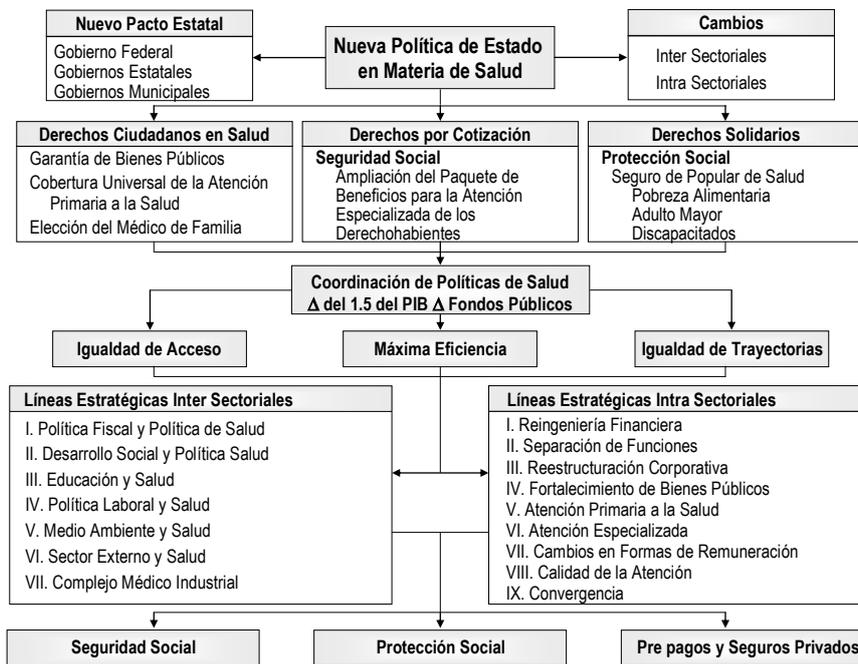
Sobre las innovaciones institucionales destaca la reforma financiera del ISSSTE³⁸ llevada a cabo entre 2004 y 2005, en la que se propone el cambio organizacional para la separación del financiamiento y prestación, el desarrollo de sistemas de información, acuerdos de gestión y costos; el fortalecimiento de la infraestructura médica del IMSS y los nuevos instrumentos generados como el expediente clínico electrónico y la evaluación de la tecnología; así como los cambios paradigmáticos para el despegue del Seguro Popular en la SSA.

Se debe considerar el proceso de reforma de los sistemas de salud en México como un fenómeno dinámico, en donde las reformas instrumentadas son Reformas de Medio Camino, que han contribuido de manera significativa a mejorar la estructura y funcionamiento del sector salud, pero que requieren de un plazo más largo y de nuevos componentes para consolidar el cambio iniciado y lograr la convergencia hacia un único sistema de salud.

38 Diagnóstico y propuesta de reforma a la seguridad social del ISSSTE, Primera Reunión de Funcionarios SHCP, ISSSTE y FEDESSP, 2 de septiembre de 2004.

Se propone que se introduzcan cambios organizacionales para que las instituciones del Sistema Nacional de Salud funcionen como verdaderas aseguradoras, se supere fragmentación institucional; se generalicen los instrumentos para evaluar los costos y la efectividad cambios en las formas de remuneración y contratación que permitan que los activos institucionales generen ingresos.

Cuadro 1 - Esquema Maestro para la Propuesta de Reforma

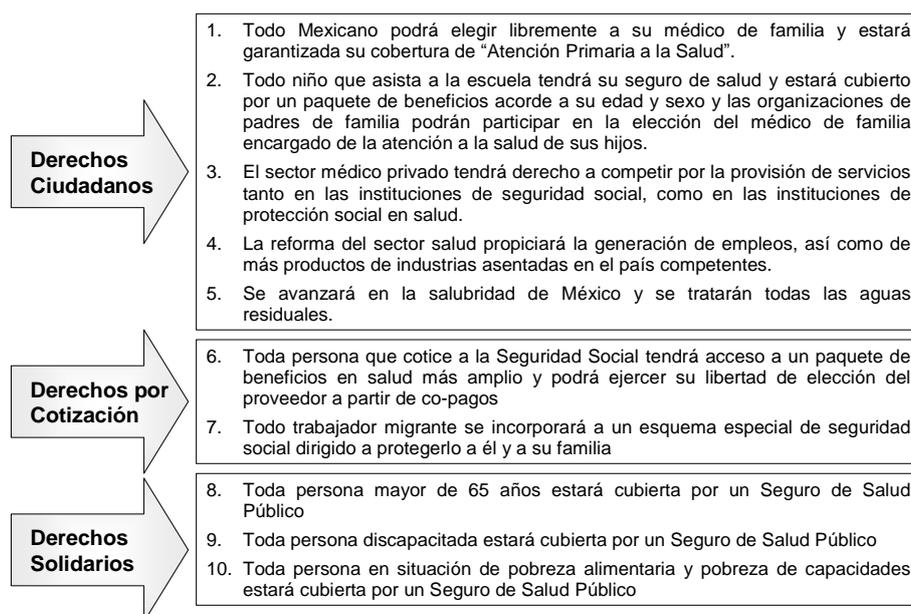


Las recomendaciones básicas, expuestas en el Esquema 1, para la Política de Salud giran en torno a un esquema maestro para la propuesta de reforma que ayudará a dibujar la transición hacia un Sistema Único de Salud:

- a) Un brazo político. Acordar compromisos en los tres niveles de gobierno para materializar una nueva Política de Estado en Materia de Salud.

- b) La ampliación del radio de acción. Requiere cambios de la política de salud, tanto al interior, como en la sinergia que se logre con otros sectores.
- c) La garantía de 3 tipos de derechos en salud. Derechos ciudadanos homólogos; derechos por cotización, Paquetes de beneficios para la atención especializada por cotizar en algún esquema de seguridad social y derechos solidarios, nuevo pacto de solidaridad donde la sociedad establece garantizar la protección social y el fortalecimiento del Seguro Popular de Salud (Esquema 2).

Esquema 2: El Significado de la Reforma en Salud en 10 Compromisos Exigibles



- d) La convergencia institucional hacia un Sistema Único de Salud; que se lograría a través del establecimiento de una Coordinación Nacional de Políticas de Salud, con el objetivo de conducir hacia la convergencia de las agendas institucionales de cambio, integrar

acciones intersectoriales, articular los esfuerzos de los tres niveles de gobierno, sistematizar la transferencia de logros científicos y técnicos, y generar un proceso de rendición de cuentas; además, se encargaría de que los 1.5 puntos adicionales del PIB, se aplicaran para dar cumplimiento al programa de reforma, corrigieran desviaciones históricas y promovieran el desarrollo del Complejo Médico Industrial.

- e) La igualdad de acceso, máxima eficiencia e igualdad de trayectorias. A partir de 29 líneas de acción con otros sectores de la economía y 57 líneas de acción intra sectoriales (Esquemas 3 y 4).

Esquema 3: Líneas Estratégicas Inter Sectoriales (1)

I. Política Fiscal y Política de Salud	II. Desarrollo Social y Política de Salud
1.1 Δ del Financiamiento Público de 1.5 del PIB 1.2 Garantía de medicamentos gratuitos para pobres 1.3 Nuevos impuestos al tabaco 1.4 Reestructuración de Ramos 12, 13, 19, 28 y 33 1.5 Nuevas reglas de participación fiscal entre niveles de gobierno, organismos e instancias	2.1 Seguro Popular a 25 millones de mexicanos 2.2 Paquete de beneficios en salud para atacar rezago epidemiológico con incentivos para arraigar 2.3 Apoyo psicosocial sistemático para pobres 2.4 Fortalecimiento saneamiento básico y vivienda 2.5 Ampliación de intervenciones en nutrición
III. Empleo y Política de Salud	IV. Educación y Salud
3.1 Convergencia de todos los subsidios, instrumentos y programas de apoyo hacia la Seguridad Social <ul style="list-style-type: none"> a. Replanteamiento del "Empleo Formal" b. Seguro Popular un paso hacia la formalización c. Esquemas en Riesgos de Trabajo y Pensiones d. Empleos de calidad para discapacitados e. Sanciones por no corresponsabilidad social f. Sistema de información con mejores datos 	4.1 Mancomunar los Servicios Educativos y de Salud <ul style="list-style-type: none"> a. Modelo de Atención a la Salud en las Escuelas b. Paquetes de Beneficios APS por edad y sexo c. Separación financiamiento y prestación d. Pagos por capitación ajustados X edad y sexo e. Libre elección del Médico de Familia f. Acreditación de Escuela Limpia g. Mejoras temas de salud en libros de texto
V. Ambiente y Salud	VI. Transacciones Internacionales, Migración y Turismo.
5.1 Blindaje Sanitario del país: Agua Potable, Saneamiento Básico, Tratamiento de agua y basura 5.2 Mancomunar acciones para contingencias y desastres 5.3 Aire limpio en espacios cerrados 5.4 Desarrollo de métodos de información que integren efectos de metodologías PINE y AVISA	6.1 Seguro de Salud para Trabajadores Migrantes 6.2 Convenio con MEDICARE para servicios de salud para pensionados norteamericanos residentes en México 6.3 Costo bajo del aseguramiento en salud - IED 6.4 Convenios con Centro América venta alta especialidad 6.5 Blindaje sanitario enclaves turísticos 6.6 Vigilancia epidemiológica, investigación, acción

Esquema 4: Líneas Estratégicas Intra Sectoriales

I. Reingeniería Financiera 1.1 Δ del Financiamiento Público 1.2 Reorientación de Ramos 1.3 Aseguramiento ante Mala Práctica 1.4 Fórmulas explícitas de asignación 1.5 Subsidios a la demanda 1.6 Nuevos esquemas de Pre-pago 1.7 Inclusión de Co-Pagos	II. Separación de Funciones 2.1 Aseguramiento, Financiamiento y Provisión 2.2 Acuerdos de Gestión 2.3 Sistemas de Costeo 2.4 Evaluación de Efectividad 2.5 Competencia Administrada 2.6 Pool de Riesgos	III. Reestructuración Corporativa 3.1 Estructura de Aseguradoras 3.2 Adelgazamiento del Corporativo 3.3 Contrapesos institucionales 3.4 Manejo del Pool de Riesgos 3.5 Manejo Gerencial: Capital Humano 3.6 Manejo Gerencial: Capital Físico 3.7 Demandas por malas prácticas
IV. Fortalecimiento de Bienes Públicos 4.1 Salubridad 4.2 Salud Pública 4.3 Información 4.4 Investigación por Misión 4.5 Formación y Capacitación 4.6 Regulación Sanitaria 4.7 Vigilancia Epidemiológica	V. Atención Primaria a la Salud 5.1 Estrategias - Cobertura Universal 5.2 Identificación de Necesidades 5.3 Paquetes de beneficios 5.4 Registro y transportabilidad 5.5 Pagos Capitados e incentivos 5.6 Libre elegibilidad 5.7 Rendición de cuentas nominal	VI. Atención Especializada 6.1 Plan de Negocios del Hospital 6.2 Desregularización y Flexibilización 6.3 Médico Responsable de Paciente 6.4 Pagos Capitados e Incentivos 6.5 Control de "Chequeras Médicas" 6.6 UMAES
VII. Formas de Remuneración 7.1 Incentivos al desempeño 7.2 Pagos por Capitación 7.3 Subrogación 7.4 Contratos	VIII. Calidad de la Atención 8.1 Guías de práctica clínica 8.2 Auditoría Médica 8.3 Evaluación de la tecnología 8.4 Sistemas de información 8.5 Ingeniería Biomédica 8.6 Encuestas de percepción. 8.7 Programas de Mejora Continua	IX. Convergencia 9.1 Transferencia de "Know How" 9.2 Seguridad Social – Protección Social 9.3 Atención Primaria a la Salud 9.4 Desigualdad Regional 9.5 Sistemas Geo Referenciados 9.6 Seguros Sociales Estatales

Se recomienda que las acciones de reforma permitan avanzar en la titularidad y cabal cumplimiento de los derechos en salud, a partir de que los cambios tengan un significado concreto y simple que los ciudadanos puedan entender y exigir, tales como:

- ❖ Elegir libremente a su médico de familia.
- ❖ Los grupos vulnerables estarán cubiertos por un seguro de salud público: mayores de 65 años, individuos con capacidades diferentes, individuos en condición de pobreza alimentaria y de capacidades.
- ❖ Las personas que coticen a la seguridad social tendrá acceso a un paquete más amplio de benéficos de salud y podrán ampliar su capacidad de elección del prestador a partir de co-pagos.

- ❖ Los niños que asistan a una escuela estarán asegurados y tendrán derecho a un paquete de beneficios en salud acorde a su edad y sexo.
- ❖ Los trabajadores migrantes se incorporarán a un esquema especial de seguridad social dirigido a la protección de él y de su familia.
- ❖ El sector médico privado podrá competir por la provisión de servicios y desarrollarse económicamente.
- ❖ La reforma en salud beneficiará el empleo y la generación de nuevos productos de industrias mexicanas competentes.

A través de estas recomendaciones se pretende ir trazando el camino hacia la transición para un Sistema Único de Salud, que fortalezca a las instituciones existentes, reconozca sus innovaciones y dé continuidad a sus procesos de cambio, transfiriendo las experiencias exitosas hacia otros ambientes e incluyendo las nuevas herramientas, técnicas y metodologías que permitan que la reforma en salud se consolide en México y conforme un Sistema Único de Salud y que estos cambios signifiquen una mejor y más larga calidad de vida para los mexicanos.

VII. Conclusiones generales

Después de llevar a cabo esta revisión general del Sistema de Salud Mexicano hay diversos puntos clave que hacen pensar en la urgencia de

obtener mejoras reales en el desempeño del sistema de salud, ya que como se expuso, se ubica alrededor del lugar 60, sitio nada halagador para un país que reporta un Índice de Desarrollo Humano superior a 8 (que lo coloca cerca de los indicadores de países desarrollados) y que posee el décimo tercer PIB más grande del mundo. Sin embargo, el peso de la carga administrativa del sector es el más alto que el de la OCDE, por lo que habrá de generarse un replanteamiento en la distribución de los recursos en cuanto a gastos de operación y gastos administrativos, lo que generará un impacto positivo a corto plazo para el desempeño del sistema de salud.

De los resultados respecto al gasto de bolsillo es conveniente hacer hincapié en que no sólo se trata de evidenciar la injusticia financiera, sino de identificar los mecanismos a través de los que se pueda proteger a los más vulnerables en términos económicos, que frente a posibles alteraciones en su estado de salud necesitan garantizar un mínimo de protección financiera. Se debe reconocer que precisamente la población con más bajos ingresos es quien menos beneficios reales obtiene de los sistemas de pago anticipado, asociados al empleo (seguridad social).

Una particularidad del gasto de bolsillo es que es básicamente curativo, de baja eficacia y calidad, casi no se destina a la prevención y contribuye al empobrecimiento de las familias. Desafortunadamente en México, esta situación no sólo se presenta en los hogares excluidos de la seguridad social en salud, pues incluso los asegurados llevan a cabo

gastos de bolsillo por situaciones de insatisfacción con los servicios de salud demandados o de una mala percepción de los servicios públicos.

No sólo se trata de indicar las debilidades manifiestas de los servicios de salud y el financiamiento de la misma; también es importante señalar la oportunidad que ofrece el Complejo Médico Industrial, no sólo al interior del sector salud, sino a la economía mexicana en general, como una palanca de desarrollo, pues se identificaron algunas características de Industria Farmacéutica y del Mercado Privado de la Salud que denotan un sector atractivo por su potencial: de crecimiento, empleo, valor agregado y como detonador del sector, a través de una mejora en la percepción de los usuarios de los servicios médicos y de su desempeño.

Tras la revisión de las sinergias potenciales del sector salud con los otros sectores, se ha revelado como una prioridad la instrumentación de un esquema de financiamiento con corresponsabilidad social que combine la participación del Estado, las contribuciones a la seguridad social y los pre pagos de las familias con capacidad de pago, de modo que se estructure un sistema con un nivel de pago anticipado. Promover los criterios económicos explícitos de solidaridad social, efectividad y equidad; que no sólo se revelan dentro del sector salud sino que se pueden fortalecer y ampliar con la alineación de las políticas públicas en los diversos sectores clave como: educación, mercado de trabajo, ambiente, combate a la pobreza y financiero.

Para finalizar se destaca que lograr la organización y puesta en marcha de un Sistema Único de Salud es el camino más viable para conseguir el acceso de toda la población a los servicios de salud, sin poner en riesgo la estabilidad económica de los hogares y favoreciendo que la medicina, en México, deje de ser preponderantemente curativa y camine hacia estilos de vida saludables y a la cultura de la prevención; con lo que se reducirían dramáticamente los costos de los servicios de salud. Con ello se evitarán los esquemas de aseguramiento que permiten que una sola persona cotice en más de uno de estos esquemas y que además excluyen de la seguridad social a gran parte de la población.

El programa de reforma propuesto implica un replanteamiento de la forma tradicional de administrar y operar los servicios de salud, a su vez requiere de un cambio en la participación de los tres niveles de gobierno, de generar sinergias para mancomunar acciones con otros sectores que mejoren la calidad de vida y amplíen la capacidad de elección de las personas; sin embargo, no se debe perder de vista que el objetivo esencial de la propuesta: que no haya población con necesidades de salud sin cubrir, ni excluida de los servicios de salud.

Bibliografía

- Banco de México, Un Comparativo Internacional de la Recaudación Tributaria, 21 mayo 2003.
- Cárdenas C, Cruz C., (1996) "Costo-efectividad de la atención médica de tercer nivel de padecimientos alérgicos en una institución de seguridad social" en *Revista de Investigación Médica y en Sistemas de Salud*, vol. 1, núm. 1, México.

- Coello Levet, C. G (2003), *Equidad en acceso a los servicios de salud en México*, Tesis Licenciatura en Economía, Instituto Tecnológico Autónomo de México, ITAM.
- “Contaminación del aire de locales cerrados en los países en desarrollo: un importante reto ambiental y de salud pública”, en Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (9), pp. 1078-92, www.who.org, fecha de consulta: 01/06/2004.
- Comisión para la Cooperación Ambiental (2001), *Prioridades en el Reforzamiento de la Capacidad de Gestión Ambiental en México*, Junio.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2006), *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*, Trigésimo primer periodo de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Montevideo.
- Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud (2006), “Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud para el Desarrollo Económico”, CMMS, México.
- Comité Técnico para la Medición de la Pobreza (2002), *Medición de la pobreza: variantes metodológicas y estimación preliminar*, Secretaría de Desarrollo Social, (Documentos de Investigación, 1) dirección: www.sedesol.gob.mx, fecha de consulta: 17 de julio de 2003.
- Cruz C., Álvarez F., Frenk J., Knaul F., Valdez C., Ramírez R (1994), *El financiamiento de los servicios de salud y las cuentas nacionales en Salud*, FUNSALUD, México.
- Cruz C., Faba G., Martusceli J (1992), “La tecnología de la salud en México”, *Salud Pública de México*, 34, México, pp. 145-56.
- Cruz C., Lozano R., Querol V (1991), “The impact of economic crisis and adjustment on health care in Mexico”, en *Innocenti Occasional Papers*, pp. 1-33 (Subserie Fiscal Pol., 13).
- Cruz C., Luna G., Coello C (2005), *Políticas públicas sectoriales e intrasectoriales para mejorar los niveles de salud en México*, Departamento de Economía, Universidad Iberoamericana, CONACYT, Universidad Iberoamericana, 2005.
- Cruz C., Luna G., Rivera R (2004), “Equidad social y protección financiera en salud” en *25 años de Desarrollo Social en México, Estudios Económicos y Sociopolíticos*, BANAMEX, México, pp. 100-8.
- Dávila, E., Guijarro, M (2000), *Evolución y reforma del sistema de salud en México*, Proyecto Reformas a los Sistemas de Financiamiento de la Salud en América Latina y el Caribe, LC/L.1314-P Chile, CEPAL, (Financiamiento del Desarrollo, 91).
- Diario Oficial de la Federación, *Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud*, México, 15 de mayo de 2003.
- Donald, J. Robbins (1999), *Gender, Human Capital And Growth: Evidence From Six Latin American Countries*, OECD Development

Center, Septiembre, (Technical Papers, 151)
<http://www.oecd.org/dev/publication/tp1a.htm>

Financiamiento y Gestión de la Educación en América Latina y el Caribe, Versión preliminar, Documento preparado para el trigésimo periodo de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 11 de junio de 2004.

Guevara-Sanginés, A (2003), *Pobreza y medio ambiente en México, teoría y evaluación de una teoría pública*. México: Universidad Iberoamericana, 2003. faltan datos.

Gwatkin D. R., Guillot M., Heuveline P (1999), *The burden of disease among the global poor*, Lancet 354 (9178), pp. 586-9.

Health, Economic Growth and Poverty (2002), Reporte del grupo de trabajo 1 de la Comisión de Macroeconomía y Salud, OMS.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), www.inegi.gob.mx.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2004), *Encuesta Nacional de Empleo Urbano*, www.inegi.gob.mx, fecha de consulta: 22/mayo/2004.

Knaul, F., Arreola-Ornelas, H., Borja, C., Méndez, O (2003), “El Sistema de Protección Social en Salud de México: Efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares” en *Caleidoscopio de la Salud*, Knaul F., Nigenda G (eds.), Fundación Mexicana para la Salud, FUNSALUD, México.

Martinic, S 2000, *La construcción social de las reformas educativas y de salud en América Latina*, Revista del CLAD, Reforma y Democracia, Caracas, no.18. Octubre, 2000,.

Murria, C. J. L., y Frenk, J (2000), “Encuesta nacional de evaluación del desempeño. Protección financiera”, Dirección General de Evaluación del desempeño.

National Geographic (2006), “Agua la crisis del siglo XXI”, *National Geographic en Español*, México. Ed. de colección, No. 2, junio 15, 2006.

Organización Mundial de la Salud (OMS, OMM, PNUMA), (2003), *Cambio climático y salud humana - Riesgos y respuestas*, OMS.

Organización Mundial de la Salud (1993), “Macroeconomic Environment and Health. With case studies for countries in greatest need”, World Health Organization. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2000), *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2001), “Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development”, en *Report of the Commission on Macroeconomics and Health*, World Health Organization, Ginebra.

- Organización Mundial de la Salud (2002), *Health, Economic Growth and Poverty Reduction*, Report of Working Group I of the Commission on Macroeconomics and Health, OMS, Ginebra, Abril.
- OCDE (2003), *Panorama Educativo: Indicadores de la OCDE*, Versión 2003 (Resumen).
- Plan Nacional de Financiamiento del Desarrollo 2002-2006* (2002), Secretaría de Hacienda y Crédito Público, México.
- Rubalcava, L., Teruel, G (2004), “La importancia en México del capital humano de la madre en la salud de los hijos: un análisis multidimensional”, documento preparado para la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud, México.
- Sachs, J (2002), *Improving Health Outcomes of the Poor. Commission on Macroeconomics and Health*, Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) (2001), *Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006*, México.
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) (2003), *Medición del Desarrollo: México 2000-2002*, México.
- Secretaría de Salud (2000), *Programa Nacional de Salud 2001-2006, La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*, México.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (2001), *Programa Nacional de Política Laboral*, México.
- World Health Organization (WHO) (2001), *Water for Health: Taking Charge*, Genova.