

Hacia un sistema único de salud

una propuesta no autorizada

Carlos Cruz Rivero

Carlo Gerardo Coello Levet

Gabriela Andrea Luna Ruiz

Raquel Morales Barrera

Esta investigación contó con el apoyo del Fondo Sectorial CONACYT-SALUD y el Programa de Fomento a la Superación Académica FICSAC de la Universidad Iberoamericana, A. C., la realizaron investigadores del Departamento de Economía de 2002 a 2006 y sólo expresa la opinión de los investigadores.

D.R.© Carlos Cruz Rivero
carlos.cruz@uia.mx

Cuidado de la edición
Ana Cecilia Lazcano Ramírez
Diseño
Mónica Zacarías Najjar
Formación electrónica
Guillermina Reyes Trejo

Impreso en México, 2006

Agradecimientos

Quisiéramos agradecer a las siguientes personas, por su invaluable apoyo y compromiso, sin el cual hubiera sido imposible la exitosa terminación de este proyecto:

Marcela Arregui; María Concepción Carlos Cárdenas; Elena Carrera; Pablo Escandón Cusi; Julio Frenk Mora; María Fernanda García Romero; Eduardo González Pier; Alejandra González Rossetti; Enrique González Torres; Alejandro Guevara Sanguinés; Mauricio Hernández Ávila; Patricia Manuela Huitrón García; Alejandro Jiménez Salazar; Mercedes Juan López; Ana Cecilia Lazcano Ramírez; Liliana Levet Bojórquez; Nora Lustig Tenenbaum; Cristina Mexicano Melgar; María Guadalupe Mercadillo; Héctor Mimenza; José Morales Orozco; Carla Pederzini Villarreal; Héctor Peña Baca; Julio Portales; Jesús Reyes Heróles; Roberto Rivera Hurtado; Alejandro Rodríguez Arana Zumaya; Carmen Guillermina Rodríguez Dehabiez; Mario Henry Rodríguez López; David Gustavo Rodríguez Rosario; Omar David Stabidris Arana; Silvia Trejo Rayón; José Valdés Durón; Pedro Vásquez Colmenares; Carlos Véjar Ramos; Ana María Victoria Jardón; Rafael Villar Espinosa; Fady Zacarías Najjar; Mónica Zacarías Najjar.

Índice

11	Resumen Ejecutivo
24	I Comparación internacional del desempeño de los sistemas de salud y lecciones a aprender para diseñar una “Reforma Estructural”
25	1.1 Justicia y equidad en la contribución financiera.
27	1.2 Esperanza de vida saludable (EVISA) o Esperanza de vida ajustada por discapacidad (EVAD).
28	1.3 Capacidad de respuesta del sistema de salud.
33	1.4 Metas integrales alcanzadas.
33	1.5 Desempeño eficiente del sistema de salud en relación con los EVISAS.
37	1.6 Desempeño global del sistema de salud.
41	II Alineación y convergencia de las políticas de salud con las políticas de otros sectores
41	2.1 Contexto económico del sistema de salud en México
41	2.1.1 El ingreso económico, el peso de la economía y el desarrollo humano
43	2.1.2 Pobreza, desigualdad y capacidad económica del Estado para generar una política social
46	2.1.3 Política Fiscal y sustentabilidad de las reformas en Salud
53	2.2 Contexto social, laboral, educativo y ambiental y políticas de salud
54	2.2.1 Política de Desarrollo Social y sinergia con la Política de Salud
60	2.2.2 Política Laboral y sinergia con la Política de Salud
69	2.2.3 Política Educativa y sinergia con la Política de Salud
76	2.2.4 Política Ambiental y sinergia con la Política de Salud
83	2.3 Globalización de la economía y el Complejo Médico Industrial
84	2.3.1 Transacciones internacionales, migración, turismo y salud internacional
93	2.3.2 Complejo Médico Industrial y Política de Salud
94	2.3.2.1 El Gasto de Bolsillo en Salud: problemática y oportunidades para el desarrollo del Sector privado
102	2.3.2.2 Atención médica privada
105	2.3.2.3 Industria Químico-Farmacéutica
113	III El Financiamiento de los Servicios de Salud en México
113	3.1 Financiamiento Público de los Servicios de Salud
118	3.2 Financiamiento Privado de los Servicios de Salud
131	IV Innovaciones Institucionales Estratégicas
137	IV Recomendaciones y propuestas
152	VI Bibliografía

Resumen Ejecutivo*

El propósito central de este trabajo es contribuir al mejoramiento de la política de salud, a través de la consolidación de los procesos de reforma tendientes a la estructuración de un “Sistema Único de Salud”, partiendo de la formulación de un diagnóstico de las relaciones intersectoriales y de los problemas financieros internos del sector y la consecuente generación de una serie de propuestas que, de ser pertinentes, podrían tomarse en su conjunto, o de forma selectiva para ir construyendo un nuevo paradigma de la atención a la salud.

La investigación de ninguna manera pretende dar una visión acabada de lo que es necesario hacer para mejorar el sistema de salud de México, sino sólo emitir algunas consideraciones importantes para la conciliación de los procesos de reforma, al mejoramiento de la sustentabilidad y eficiencia económicas del Sistema, para dar un significado más concreto a la titularidad de derechos en salud, exigibles para toda la población.

Un sistema de protección social moderno, debe garantizar la congruencia entre sus principales componentes: salud, educación, trabajo de calidad, previsión, combate a la pobreza y a la desigualdad, seguridad y desarrollo social, garantizando una verdadera *Política de Estado* que responda a estructuras socio económicas heterogéneas, que logren consensos en torno a los *derechos ciudadanos en salud*, a los *derechos por cotización en salud* así como un nuevo “Pacto Social en Salud” que dé cuerpo a *derechos solidarios en salud*, bajo una institucionalidad que responda operativa y claramente a las necesidades y expectativas de los individuos.¹

El derecho a la salud, establecido en la *Constitución Mexicana*, requiere de una mayor contextualización a fin de que los ciudadanos puedan exigir más claramente la titularidad de este derecho, por lo que se deben resolver y quedar claras para los individuos, al menos las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los derechos mínimos de salud que tengo, tan sólo por ser mexicano, y cuáles son los derechos adicionales que tengo por las cotizaciones que aporto para salud?, ¿en qué medida estoy realmente protegido frente a los riesgos?, ¿quién es el responsable de otorgarme los servicios y rendirme cuentas?, ¿cuál es mi capacidad de elección?, ¿bajo qué instrumentos y acciones se me ha empoderado, en términos económicos y jurídicos, para exigir mis derechos y servicios?, ¿qué acciones concretas hemos acordado —como país— instrumentar en el sector salud para atacar el problema de la pobreza, la de-

*Reporte Final de la Investigación: “Políticas Públicas Sectoriales e Intersectoriales para Mejorar los Niveles de Salud en México”.

sigualdad y la vulnerabilidad de ciertos grupos? y ¿cómo se va a garantizar el financiamiento y la sustentabilidad económica de mis derechos en salud así como el adecuado cumplimiento de un nuevo “Pacto Social para Mejorar la Calidad de Vida”?

Si bien parte importante de estas interrogantes fueron resueltas, legalmente, en 2003 con el Decreto por el que se reformó la *Ley General de Salud* en materia de Protección Social,² es necesario que continúe el avance para que se consoliden los procesos de reforma iniciados y se genere un cambio sustancial en todo el Sistema Nacional de Salud Mexicano.

Este documento pretende esbozar la relación entre diferentes sectores de la economía y el sector salud a partir de la contextualización del problema de la pobreza y la desigualdad existentes en México y las sinergias que la política de salud pueda generar respecto a la política fiscal, la política de desarrollo social, la política educativa y otras políticas sectoriales, encaminadas a mejorar la calidad de vida de los mexicanos, a ampliar y mejorar la titularidad de sus derechos en salud así como la efectividad de las acciones instrumentadas por el Estado.

Planteamos, también, un análisis del nivel de desempeño del Sistema Nacional de Salud y lo comparamos con los sistemas de salud de otros países, con el fin de aprender de las experiencias internacionales, y cuestionamos respecto a qué tipo de ajustes institucionales concretos se deberían realizar para consolidar los procesos de reforma iniciados y permitir que los cambios signifiquen beneficios concretos y derechos exigibles para las personas.

Este trabajo —la contextualización de la problemática de salud—, parte de vincular a la salud con el resto de los sectores de la economía, con el objetivo de superar enfoques producto de la definición endógena de la problemática de salud, que consideran fundamentalmente situaciones internas y parciales al sector, sustentadas en diagnósticos epidemiológicos, que si bien son muy importantes, prescinden de otros componentes del contexto económico-social, planteando propuestas programáticas, aisladas e incompletas que se centraban exclusivamente en líneas de acción para cada una de las instituciones de salud, sin considerar al Sistema Nacional de Salud como un cuerpo articulado con repercusiones de gran magnitud tanto en el entorno macroeconómico como en el microeconómico.

Las repercusiones macroeconómicas de los sistemas de salud comenzaron a estudiarse en forma sistematizada a partir de la década de los noventa^{3, 4} y en México cobran fuerza al organizarse, en 2002, la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud⁵ como una iniciativa conjunta entre la Secretaría de Salud (SSA) y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). Parte de esta investigación es resultado del trabajo de uno de los grupos de dicha Comisión, realizada por investigadores de la División de Economía de la Salud de la Universidad Iberoamericana, encargados del estudio de las políticas públicas sectoriales e intra sectoriales para mejorar los niveles de salud en México.⁶

El objetivo de analizar la problemática del sistema de salud vinculada con otros sectores de la economía, es el de detectar sinergias positivas y proponer recomendaciones que permitan *mancomunar* operativa y funcionalmente las políticas del sec-

tor salud con las de otros sectores para que hagan eco en otro tipo de reformas sociales, combatan la fragmentación institucional dentro del Sector Salud e integren al sector social y privado —como agentes de cambio para otorgar una mayor posibilidad de elección de los individuos y ampliar la titularidad de sus derechos en salud—, con acciones económicamente sustentadas que ofrezcan mejores beneficios tanto a nivel microeconómico como macroeconómico.

En el *primer capítulo* se muestra una *comparación internacional* que integró información relevante de 12 países seleccionados describiendo la situación de México, a finales del milenio, en los 6 indicadores de desempeño formulados por la Organización Mundial de la Salud (OMS); así como las recomendaciones de otros organismos internacionales como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

El análisis de la OMS expone que a finales del milenio el principal problema del Sistema de Salud Mexicano fue la “Justicia y Equidad en la Contribución Financiera”. En este punto México ocupó el lugar 144 de entre 191 países, por lo que se requería un mayor financiamiento público y un cambio que transformara los gastos privados del bolsillo en gastos prepagados o pagar más cuotas para obtener seguros de salud; a su vez, se profundiza en los otros 5 indicadores estableciendo el índice respectivo, enfatizando que el país ocupaba lugares que oscilaban entre el 51 y el 63, que no corresponden al grado de desarrollo económico de México y que empeoraban, aún más, frente a la desigual capacidad de respuesta regional.

Con base en los ejemplos internacionales, se detectaron los ámbitos en los que se deben incorporar procesos de reforma, de entre los que destacan: una reestructuración integral del sistema de salud a fin de expandir la capacidad de elección, a través de la reingeniería financiera, el reforzamiento de los cimientos del sistema de salud mediante el fortalecimiento de la Atención Primaria a la Salud, la generación de instancias e instrumentos que permitan mejorar la eficiencia en la asignación, la eficiencia técnica de los procesos, el control de los costos e incrementar la calidad de la atención, entre otros.

En relación con las recomendaciones de la OCDE, se pone énfasis en combatir la fragmentación del sistema de salud, en los rezagos en los principales indicadores de salud que pese a los avances recientes aún muestra el país; en la necesidad de disminuir los costos administrativos del Sistema y en instrumentar una serie de reformas adicionales para avanzar hacia la convergencia de un sistema de salud único.

A su vez, a lo largo del capítulo internacional se van incorporando recomendaciones emitidas por la CEPAL y otros estudios especializados a fin de mejorar significativamente la eficiencia, equidad y calidad del sistema de salud.

Las enseñanzas internacionales aportan no sólo elementos innovadores, a incluir en el próximo proceso de reforma, sino también hacen un llamado a incluir elementos de la historia de los servicios de salud olvidados que no se lograron resolver en México, y que han dejado de mencionarse como piezas clave a fortalecer para detonar un cambio. Así en la propuesta se retoman elementos no resueltos que sig-

nifican una deuda histórica para el país: como la cobertura universal de la “Atención Primaria a la Salud” y de la “Medicina de Familia” como plataforma del sistema de salud; la garantía social de “Salubridad” y “Saneamiento Básico” como los pilares fundamentales de los bienes públicos en salud y los “Servicios Escolares de Salud”, elementos que al combinarse con instrumentos innovadores como la separación de funciones: aseguramiento-financiamiento-provisión, los cambios en las formas de remuneración, la competencia entre proveedores, la incorporación de incentivos al desempeño y la reingeniería financiera para que el dinero siga a los pacientes elementos que posibilitan la generación de un proceso de reforma más sólido.

El *segundo capítulo* comienza por *contextualizar los aspectos económicos* más relevantes del país: ser en 2003 la décima economía del mundo, ocupar la posición 80 en relación al ingreso *per cápita* y la posición 53 en el “índice de desarrollo humano”, destaca también los 3 principales problemas que enfrenta México: a) tener en 2004 más de 18 millones de personas en condiciones de “Pobreza alimentaria”; b) enfrentar una desigualdad extrema con un “Coeficiente de Gini” de 54.6, así como un proceso de reproducción de la desigualdad en todos niveles: regional, educativo, de salud etc. y c) recaudar solamente 15.4% del PIB, para financiar todas las acciones de gobierno incluyendo la política social redistributiva.

Asimismo, enfatiza que el gran peso de la economía da soporte a un gigantesco mercado de atención médica y que el complejo médico industrial mexicano podría constituirse en una estratégica “palanca de desarrollo”.

En el *apartado* donde se analiza la sinergia entre la *política fiscal* y la política de salud, se expone la problemática general del sistema fiscal mexicano, caracterizada por: a) muy baja recaudación de 15.4% del PIB; b) esquema de recaudación tributaria lleno de fugas por contar 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) estructura de la carga tributaria inadecuada y muy baja tanto en los impuestos al consumo como en relación a los impuestos al ingreso, por lo que se requiere una reforma fiscal que duplique la participación de los impuestos al consumo de 3.5% del PIB al 7%; d) participación desbalanceada por niveles de gobierno, donde la recaudación del nivel Estatal y de los Gobiernos Municipales es casi nula; e) la reproducción de la insuficiencia de fondos causada por la baja recaudación, se manifiesta en un bajo nivel de gasto público que afecta el balance presupuestal, el financiamiento interno y externo y la deuda total.

Se emiten 5 recomendaciones a fin de alinear la política fiscal con la política de salud: 1) Aumentar el gasto público en salud en 1.5 puntos porcentuales del PIB, para fortalecer los programas de compensación social en salud redistributivos; 2) La participación activa del sector salud para destrabar la reforma fiscal, trasladando la discusión de la parte de ingresos-recaudación, a la parte de egresos-gasto en salud efectivo, con garantía de acceso a medicinas gratuitas para los pobres; 3) La valoración de incrementar impuestos al tabaco y ampliar los apoyos de la industria taba-

calera al sector salud; 4) El cambio en la arquitectura financiera de los fondos públicos y la modificación de los Ramos 12, 13, 19, 28 y 33 para que la estructura programático-presupuestal responda a la nueva “Política de Estado en Materia de Salud”; y 5) la instrumentación de nuevas reglas de participación fiscal entre los tres niveles de gobierno, organismos e instancias para hacer sustentable económicamente el nuevo pacto social en salud, fortaleciendo el Sistema de Cuentas Nacionales en Salud.

En el punto sobre el contexto social, laboral, educativo y ambiental, se pretende iniciar la discusión sobre la pertinencia de estructurar un *Sistema de Desarrollo Socio Económico 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 inter-sectoriales, mejore sustancialmente los resultados, y haga más sencilla la titularidad de los derechos exigibles en salud para los ciudadanos.

Se requiere de la innovación, para lograr una mejor interacción entre los diferentes ámbitos de la administración pública, este cambio podría afectar aspectos relevantes en las instituciones como sus derechos, recursos, diseños organizacionales y funcionales, así como los patrones de distribución de sus beneficios, por lo que en resumen implicaría una transformación estructural de la Administración Pública y de la operación de sus instituciones para lograr una mayor eficacia, eficiencia y efectividad.

En la sección donde se analiza la sinergia entre la *política de desarrollo social* y la política de salud, se presentan cifras relevantes sobre los tres niveles de pobreza destacando que pese a los avances en la reducción de la pobreza, 17.3% de las personas sufrían, en 2004, de Pobreza Alimentaria, 24.6% de Pobreza de Capacidades y 47% Pobreza de Patrimonio, además se enfatiza la situación de pobreza extrema de los grupos indígenas y de los habitantes de las zonas rurales; asimismo, se expone que la gran desigualdad económica no ha logrado corregirse pues el 10% de la población más pobre obtuvo solamente el 1% del ingreso, mientras que el 10% de la población más rica concentraba más de 40%; se destaca que México, en 2002, alcanzó como país un “Índice de Desarrollo Humano” alto, de 0.802, sin embargo, en las cifras desglosadas se observan dos rezagos: el bajo nivel del sub-índice relativo al ingreso-empleo y el rezago a nivel regional: la de occidente y la del sur.

Se emiten 5 recomendaciones a fin de alinear la política 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 y responder a las necesidades de la población rural dispersa y los 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.

En el *apartado* donde se analiza la sinergia entre la *política laboral* y la política de salud, se destacan las condiciones de empleo existentes en México en relación a cuatro aspectos fundamentales: a) la reactivación del empleo en el quinquenio 1995-2000 y a partir de 2001 el freno al dinamismo en la creación de empleos; b) las altas tasas de desempleo abierto observadas en 2004 en donde aumentó este indicador para todos los grupos de edad, alcanzando el 8.6% para la población de 12 a 19 años; c) la elevada migración hacia Estados Unidos y la consecuente pérdida de capital humano que no se incorpora a la esfera laboral nacional y d) la situación del empleo de mala calidad, pues son muy elevados los porcentajes de la población que labora en condiciones de sobreempleo, subempleo, empleo no remunerado, empleo en condiciones críticas e informalidad. 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. También se destaca que la población entre 20 y 49 años era la que más recurría a la informalidad, sobre todo las mujeres sin instrucción o primaria incompleta.

Se emite sólo una recomendación de gran envergadura, a fin de alinear la política laboral con la política de salud: El replanteamiento integral de todos los instrumentos de redistribución del ingreso del país, a fin de que todos converjan en la seguridad social, y que ésta se instituya como el único vehículo integrador de todos los mecanismos existentes en México para lograr el desarrollo humano integral y la promoción del empleo formal de calidad. Se recomiendan 6 líneas de acción para avanzar en la sinergia entre la política laboral y la política de salud: 1) El replanteamiento del significado socio-económico del “empleo formal”; 2) La generación de formas más accesibles de contribución económica para el aseguramiento en salud, dirigidas a organizaciones de trabajadores informales con cierta capacidad económica, como un paso hacia la formalización; 3) El desarrollo de nuevos esquemas de afiliación y contribución en las otras ramas de aseguramiento social, como el seguro de riesgos de trabajo y el seguro de pensiones para ir abriendo espacios hacia la formalización del empleo; 4) La generación de condiciones e incentivos económicos para promover empleos de calidad para los discapacitados y enfermos crónicos; 5) El establecimiento de sanciones más estrictas a grupos sociales que deliberadamente se aprovechen del nuevo entorno de protección social y que pese a estar en condiciones económicas para contribuir, decidan no hacerlo, no participen en la corresponsabilidad social, no abandonen prácticas indeseables en términos sociales o pongan en riesgo la vida de menores o grupos vulnerables y 6) Lograr una cobertura universal que permita el mejoramiento en el registro de información ciudadana, a partir de que no sólo proporcione datos nominales de las personas, sino que alimente un banco de datos universal con información relevante sobre sus huellas digitales, tipo de sangre, ADN y otro tipo de información relevante por cuestiones de seguridad nacional y apoyo ante urgencias médicas.

La parte donde se analiza la sinergia entre la *política educativa* y la política de salud, se destaca la situación de la educación en México en relación a cinco aspectos fundamentales: a) los esfuerzos recientes del Gobierno para destinar a la educación, en 2003, un 6.8% del PIB, que se integró con el 5.5% del gasto público y el 1.3% de gasto privado; b) el rezago que todavía presentaba, en 2002, la “Tasa de terminación a nivel primaria como % de edad relevante” que fue de 96% en hombres y 97% en mujeres; c) el porcentaje, relativamente alto, de “Repetidores a nivel primaria como % de inscripción” que en 2002 fue de 6.5% para hombres y 4.4% para mujeres; d) las todavía relativamente bajas “Tasas de alfabetización adulta como % de población con 15 Años en adelante” que fueron en 2002 de 93% para hombres y 89% para mujeres y el no haber podido alcanzar el 100% en la alfabetización de jóvenes, al obtenerse en 2002 una “Tasa de alfabetización juvenil como % de población de 15 a 24 años” de 97% para hombres y 96% para mujeres y e) finalmente, el compromiso que se estimó para alcanzar en 2002 un promedio de 12 “Años de Escolaridad Esperados” para hombres y 11 años para mujeres, cifra que posibilitaría romper el bajo nivel educativo que sirviera como detonante para salir de la pobreza.

Se propone solamente una recomendación de gran impacto, a fin de alinear la política educativa con la política de salud: Mancomunar los servicios educativos con los servicios de salud de los niños y los jóvenes, a partir del replanteamiento integral de la gestión de la salud de la población que asiste a los centros educativos. Se recomiendan 12 líneas de acción para avanzar en la sinergia entre la política educativa y la política de salud; de entre las que destacan: 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, el diseño de un sistema de pago “capitado” ajustado por edad y sexo, un “Programa de Acreditación de Escuela Limpia” y el mejoramiento de los contenidos sobre salud de los libros de texto gratuitos, entre otros.

La sinergia entre la *política ambiental* y la política de salud planteada, se presentan algunos aspectos de la problemática ambiental en relación a cinco aspectos fundamentales: a) el cambio climático y el incremento a más de 2,000 episodios atmosféricos extremos en el mundo, a finales del milenio, en los que fallecieron más de 600,000 personas y más de 1,800,000 fueron afectadas; b) el problema de la escasez de agua y su contaminación, así como las condiciones de insalubridad que presentaba México en 2000: 82% de las aguas residuales municipales no recibía tratamiento, contaminando aguas superficiales y subterráneas, así como el rezago en materia de acceso a agua potable y saneamiento básico sobre todo en el ámbito rural; c) la situación de grave riesgo de extinción de flora y fauna y la muy baja canalización de recursos gubernamentales para combatirla; d) el problema de la contaminación de ambientes cerrados y sus efectos sobre la salud y e) el inadecuado manejo de los residuos, desechos y basura.

Se proponen cuatro 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”, integrando esfuerzos de los 3 niveles de gobierno y de diversos sectores para garantizar: el acceso universal a agua potable, el tratamiento del total de aguas residuales, avances significativos en saneamiento básico y 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; c) el desarrollo de acciones para promover un “Programa de Aire Limpio en Lugares Cerrados” y d) el desarrollo de metodologías para medir económicamente, de manera conjunta, impactos ambientales e impactos en salud, a partir de la integración de información del Producto Interno Neto Ecológico (PINE) y los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA).

En el *apartado* donde se analiza la sinergia entre la *política externa, la migración, el turismo* y la política de salud, se destacan las siguientes situaciones: a) la globalización económica ha ocasionado un replanteamiento de la salud internacional y reclama de acciones para mejorar la respuesta, de todos los países, ante el creciente riesgo de pandemias —un ejemplo es lo que el SARS le costó a Hong Kong, 4 puntos del PIB en 2003; b) México exportó en 2005, un total de 213,711 Millones de dólares, el equivalente de casi la totalidad de las exportaciones de los restantes países de América Latina; c) la 2ª fuente de captación de divisas en 2005 fueron los “Ingresos por Remesas de Trabajadores Migrantes”, alcanzando los 20,000 millones de dólares, por lo que el aseguramiento social de los migrantes resulta estratégico; d) la “Inversión Extranjera Directa” fue de 11,093 millones de dólares en 2005, por lo que se requiere abaratar el costo del aseguramiento en salud y mejorar la salud del capital humano para que se transformen en ventajas comparativas en la lucha internacional por capitales; e) los ingresos por turismo en 2004 fueron de 10,653 millones de dólares, por lo que es fundamental el mejoramiento sanitario de los enclaves turísticos para conservar esta fuente de divisas y e) se ha dado un proceso de “Crecimiento Exponencial de la Globalización de la Atención Médica” con una elevada movilización de consumidores que cruzan la frontera para demandar servicios, a su vez se observa un gran mercado de mexicanos residentes en Estados Unidos que demandan servicios de salud, así como de ciudadanos estadounidenses que residen en México que demandan la vigencia de sus seguros de salud en el país y una capacidad de la medicina mexicana para vender sistemáticamente atención especializada a países de Centro América.

Se proponen seis líneas de acción para mancomunar la política de un México plenamente globalizado con la política de salud: a) Desarrollar el Seguro Social para Trabajadores Mexicanos Migrantes; b) Promover un convenio con MEDICARE a fin de garantizar el aseguramiento en salud en México de Pensionados Norteamericanos; c) El abaratamiento del costo del aseguramiento en salud y el mejoramiento del nivel de vida de los mexicanos como variables para atraer capitales; d) Promover convenios para la venta de servicios de alta especialidad a países de Centro América; e) Focalizar acciones para el “Blindaje Sanitario de Enclaves Turísticos” y para la promoción del Turismo de Salud y f) El apoyo internacional: para la erradicación y eliminación de enfermedades, para el apoyo al “Sistema de Vigilancia Epi-

demiológica”, para el desarrollo de la investigación multi céntrica y multi país sobre enfermedades que podrían generar pandemias.

Se analiza también *el desarrollo del complejo médico industrial* y el sector salud, se estructura la información en 3 subapartados: a) La problemática y características del “Gasto de Bolsillo en Salud” y las oportunidades para el desarrollo del sector privado, b) La Atención Médica Privada y c) La industria Químico Farmacéutica.

La problemática del *Gasto de Bolsillo en Salud* está determinada por la estructura del gasto familiar, en donde en el 20% más pobre de la población está comprometido el 80% del gasto familiar en 5 rubros ineludibles: comer, pagar la renta, artículos de limpieza, cuidados personales y transporte público, esto significa que a las familias más pobres en México no les queda espacio para pagar del bolsillo gastos en atención médica, no obstante, se estimó que 52% del gasto total en salud en México se realiza a través del pago directo de bolsillo. Esta forma de financiamiento de los servicios de salud ocasiona, a nivel nacional, un gasto insuficiente combinado con la aparición de gastos catastróficos. Se incluye un análisis de las Encuestas Nacionales Ingreso Gasto de los Hogares (ENIGHs) de 1992 a 2004 y se proporcionan datos duros que sustentan algunos beneficios de los Programas de Salud instrumentados, a partir de 2000 a través de los cuales se pudo reducir el porcentaje del “Gasto del Hogar en Cuidados Médicos y Conservación de la Salud”, sobre todo en el 1° decil de ingreso, de 8.5% en 1998 y 2000 a 5.7% en 2004. A su vez, se analiza la composición del gasto familiar observándose 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 más representativo de gasto de bolsillo en salud fueron las consultas médicas, que representan de 20% a 30% del gasto de bolsillo en salud, finalmente, se observó el muy bajo volumen de gasto privado en hospitalización, odontología y ortopedia, concluyendo que la reforma del sector deberá forzosamente incrementar los fondos públicos en 1.5% del PIB y que éstos podrán permitir la reactivación de la mezcla pública y privada.

En relación con la *Atención Médica Privada* se estimó, en los Censos Económicos, que en 2003 los “Servicios de Salud y de Asistencia Social Privados” registraban 102,940 unidades económicas, que representaban 3.4% del total de unidades censadas; con 355,169 personas ocupadas, 2.2% del total; con una producción bruta total de 43,697.1 millones de pesos. A su vez, se observó que la estructura del mercado, sin contar a los hospitales, estaba caracterizada por la micro empresa que ocupaba entre 2 y 3 personas por establecimiento y que solamente crecería, si se cambiara la forma de financiamiento del pago directo del bolsillo al pre-pago, ya fuera privado o bajo contratos con aseguradoras públicas. Asimismo, se presentaron datos sobre la muy baja cobertura del 3.8% del Seguro Médico Privado.

En relación con la *industria químico farmacéutica*, se estimó que en 2002 representó el 1.2% del PIB y el 21% del Gasto en Salud del Sector Salud Público y Privado. A su vez, se expuso que a principios del milenio existían 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, como Nacional de Drogas, que han logrado abastecer de medicamentos a lo largo y ancho del país. Se estimó que en 2003 la industria químico farmacéutica empleaba de manera directa a 45,401 personas y que el 82% del mercado lo constituía el mercado privado.

Se proponen siete líneas de acción para mancomunar el desarrollo del “Complejo Médico Industrial” en México con la política de salud: a) Condicionar el 1.5 % del PIB, adicional para el Sector Salud, a la competencia regulada entre proveedores públicos y privados; b) Utilizar el poder de compra del Estado y los incrementos en los fondos públicos como palanca de desarrollo del “Complejo Médico Industrial” y de la Industria Químico Farmacéutica; c) Privilegiar a los primeros deciles de ingreso, es decir a los más pobres, para la canalización de recursos adicionales y abrir espacios al sector privado local para competir y otorgar el paquete de beneficios; d) Combatir el falso dilema de la privatización de la salud, incrementando los fondos públicos y promoviendo el pluralismo, en la prestación, para reducir ineficiencias y desperdicios; e) Ampliar la elección del proveedor de servicios de salud y el co-pago de los derechohabientes ; f) Avanzar en el proceso de regulación del mercado privado y g) Combatir la automedicación y promover la disminución de medicamentos no recetados.

Finalmente, en el capítulo de *financiamiento de los servicios de salud*, explicamos por qué el 6.3% del PIB a salud —que México destinó en 2003— resulta insuficiente; además los “Fondos Gubernamentales” sólo representaron 44.9% del total, siendo suplidos por los “Fondos Privados”, que representaron 55.1% y en su mayoría lo constituyeron los “Gastos de Bolsillo de los Hogares”; con lo cual el país muestra la peor combinación público-privada de fondos. Además se expone la altísima desigualdad financiera entre entidades federativas. Se proponen siete indicadores para dimensionar la inequidad e injusticia financiera que en 2004 alcanzaron los siguientes porcentajes Nacionales: a) 5.3% de los hogares presentan “Riesgo Nacional de Empobrecimiento por Atención Médica”; b) 10% “Riesgo de Empobrecimiento de los Hogares Sin Seguro Médico con Enfermos Declarados”; c) 28.5% “Riesgo de Empobrecimiento de los Hogares por Tener Un Hijo Sin Estar Asegurados; d) 39.6% “Riesgo de Empobrecimiento por Atención Hospitalaria en Familias Sin Seguro”; e) 12.8% “Riesgo de Empobrecimiento por Gasto en Medicamentos Recetados en Familias Sin Seguro”; f) 6.4% “Riesgo de Empobrecimiento por Automedicación en Familias Sin Seguro” y g) 3% “Riesgo de Empobrecimiento de los Hogares con Seguro Médico Insatisfechos con los Servicios Públicos Otorgados”. Finalmente se presentan los resultados de un Modelo Probit para estimar, bajo diferentes situaciones, la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos.

Se proponen cuatro grandes acciones: a) incremento de al menos 1.3 puntos porcentuales del PIB, para alcanzar un mínimo de Gasto en Salud del 7.5% del PIB; b) incrementar los Fondos Públicos de 44.9% a 70%, lo que en términos absolutos, implicaría casi duplicar el financiamiento gubernamental; c) generar esquemas

innovadores para fomentar la transformación de “Gastos de Bolsillo” a pre-pagos y d) generar nuevas disposiciones en la seguridad social a fin de permitir co-pagos cuando el derechohabiente inconforme con los servicios públicos requiera de amenidades como cuarto privado.

El cuarto capítulo, sobre las *innovaciones institucionales*, destaca la reforma financiera del ISSSTE con el cambio organizacional para la separación del financiamiento y prestación, así como 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 y los cambios paradigmáticos para el despegue del Seguro Popular en la SSA.

Las recomendaciones emitidas parten de considerar el proceso de reforma de los sistemas de salud, en México, como un fenómeno dinámico, en donde las reformas instrumentadas en la última década son consideradas como *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.

Se propone que todo el arsenal de innovaciones generado, se integre en una estrategia que consolide los procesos de *Reforma de Medio Camino* y conduzca hacia la *convergencia*, que introduzcan cambios organizacionales para que las instituciones funcionen como verdaderas aseguradoras, se supere la fragmentación institucional, se generalice la operación de instrumentos para evaluar los costos y la efectividad y se generen los cambios en las formas de remuneración y contratación que permitan que los activos institucionales generen ingresos por si mismos.

Las recomendaciones emitidas contemplan las tres dimensiones, del acuerdo político, necesarias para lograr saltos cualitativos en la cobertura y calidad de los sistemas de protección social:⁷ la *dimensión ética*: referente a los derechos humanos universales en salud que toda persona requiere para llevar una vida digna; la *dimensión procesal*: es decir los mecanismos para traducir los acuerdos logrados en instrumentos normativos y políticas y la *dimensión de contenidos relativos a la protección social en salud* que dé sustento a acciones concretas en los campos en los que la población se sienta más desprotegida en salud, que incluyan servicios económicamente sustentables, responsables de la atención, con rendición de cuentas, definición explícita de beneficios, capacidad de elección y empoderamiento de los ciudadanos.

El trabajo concluye con la emisión de recomendaciones para la Política de Salud sobre los principales cambios organizacionales, funcionales, financieros y técnicos que se requieren instrumentar para que los derechos ciudadanos en materia de salud sean más exigibles y claros para la sociedad y queden definidos los responsables, medios y mecanismos jurídicos, económicos, financieros y de política pública, ante los que las personas puedan exigir la titularidad y cabal cumplimiento de sus derechos ciudadanos, por cotización o solidarios en salud.

Se propone un *Esquema Maestro para la Propuesta de Reforma* a través del que se define el “gran trazo para dibujar la transición hacia un Sistema Único de Salud” que define los siguientes componentes:

a) *Un brazo político*; que se expresa a través de un “Nuevo Pacto Estatal” para acordar compromisos en los tres niveles de gobierno que materialicen una nueva “Política de Estado en Materia de Salud”.

b) *La ampliación del radio de acción*; que requiere cambios de la política de salud, tanto al interior de las instituciones de salud, como en la sinergia que se logre con otros sectores de la economía.

c) *La garantía de 3 tipos de derechos en salud: Derechos ciudadanos en Salud*, que sean homólogos para todos los mexicanos, independientemente de raza, sexo, edad o condición de salud como son la garantía de: acceso a bienes públicos en salud, la cobertura universal de la atención primaria a la salud y la elección del médico de familia; *derechos por cotización en salud*, referentes a los “Paquetes de Beneficios para la Atención Especializada” a los que se tiene derecho por cotizar en algún esquema de seguridad social; y *derechos solidarios en salud*, referentes al nuevo pacto de solidaridad que la sociedad establece con los pobres, el adulto mayor y los discapacitados, garantizado la protección social y el fortalecimiento del Seguro Popular de Salud.

d) *La convergencia institucional hacia un Sistema Único de Salud*; sería posible a través del establecimiento de una *Coordinación Nacional de Políticas de Salud*, que tuviera como objetivo conducir hacia la convergencia a las agendas institucionales de cambio, integrar acciones intersectoriales, articular los esfuerzos de los tres niveles de gobierno, sistematizar la transferencia de logros científico técnicos y generar un proceso de rendición de cuentas sobre el avance de las líneas de acción, además se encargaría de que los 1.5 puntos adicionales del PIB para el incremento de los fondos públicos a salud, 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*, que conformarían una agenda única de reforma para todas las instituciones de salud ya fueran de la seguridad social, del sistema de protección social en salud o de los esquemas pre-pagados y seguros médicos privados.

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:

- Todo mexicano podrá elegir libremente a su médico de familia.
- Toda persona mayor de 65 años estará cubierta por un seguro de salud público.
- Toda persona con capacidades diferentes estará cubierta por un seguro de salud público.

- Toda persona en situación de pobreza alimentaria y pobreza de capacidades estará cubierta por un seguro de salud público.
- Toda persona que cotice a la seguridad social tendrá acceso a un paquete más amplio de beneficios de salud y podrá ampliar su capacidad de elección del prestador a partir de co-pagos;
- Todo niño que asista a una escuela estará asegurado y tendrá derecho a un paquete de beneficios en salud acorde a su edad y sexo. Las organizaciones de padres de familia podrán participar en la elección del médico de familia encargado de la atención a la salud de sus hijos.
- Todo trabajador migrante se incorporará a un esquema especial de seguridad social dirigido a protegerlo a él, así como a 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.
- Se tratarán todas las aguas de ríos contaminadas y se avanzará en la deuda de lograr la salubridad en México.

A través de estas recomendaciones se pretende ir pavimentando el camino para la transición a 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 nos permitan que la reforma en salud se consolide en México y constituya un Sistema Único de Salud para que estos cambios signifiquen una mejor y más larga calidad de vida para los mexicanos.

NOTAS

¹ CEPAL *La Protección Social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*, Trigésimo primer período de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Montevideo, Uruguay, marzo, 2006.

² *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.

³ Organización Mundial de la Salud, "Macroeconomic Environment and Health. With Case Studies for Countries in Greatest Need", Ginebra, Suiza, World Health Organization, 1993.

⁴ Organización Mundial de la Salud, "Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development", en *Report of the Commission on Macroeconomics and Health*, Ginebra, Suiza, World Health Organization, 2001.

⁵ Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, *Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud para el Desarrollo Económico*, México, CMMS, 2006.

⁶ Cruz, C., Luna, G., Coello C., "Políticas Públicas Sectoriales e Intrasectoriales para Mejorar los Niveles de Salud en México", México, D. F. Universidad Iberoamericana Departamento de Economía-CONACYT, 2005.

⁷ CEPAL, *op. cit.*, 2006, pág. 15.

1. Comparación internacional del desempeño de los sistemas de salud y lecciones a aprender para diseñar una “Reforma Estructural”

El primer elemento para contextualizar la comparación internacional, sobre el desempeño de los sistemas de salud en los países seleccionados son los aspectos demográficos. (Cuadro 1)

Cuadro 1
Indicadores Demográficos para Países Seleccionados 2002

País	Población Total	Tasa de Crecimiento Anual 1992 – 2002	% de la Población Mayor a 60 Años	Tasa Total de Fecundidad	Esperanza de Vida al Nacer	Esperanza de Vida Saludable EVISA al Nacer	Expectativa de Pérdida de Años de Vida Saludable al Nacer Hombres	Porcentaje de Pérdida Total de Años de Vida Saludable al Nacer Hombres
Argentina	37,981,000	1.3	13.5	2.5	74.4	65.3	8.3	11.7
Brasil	176,257,000	1.4	8.1	2.2	68.9	59.8	8.5	13.0
Canada	31,271,000	1.0	17.1	1.5	79.8	72.0	7.1	9.2
Colombia	43,526,000	1.8	7.1	2.6	71.8	62.0	9.7	14.4
Costa Rica	4,094,000	2.4	7.9	2.3	77.1	67.2	9.5	12.8
Cuba	11,217,000	0.4	14.5	1.6	77.1	68.3	7.9	10.5
Francia	59,850,000	0.4	20.5	1.9	79.8	72.0	6.7	8.8
Guatemala	12,036,000	2.7	5.3	4.5	65.9	57.4	8.2	13.0
Japón	127,478,000	0.2	24.4	1.3	81.9	75.0	6.1	7.8
México	101,965,000	1.7	7.2	2.5	74.3	65.4	8.3	11.6
Reino Unido	59,068,000	0.3	20.8	1.6	78.2	70.6	6.7	8.8
Estados Unidos	291,038,000	1.1	16.2	2.1	77.3	69.3	7.4	9.9

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

En 2002 México era un país enorme, en términos poblacionales, con una tasa de crecimiento poblacional, entre 1992-2002, relativamente alta: un 7.2% de la población mayor a 60 años, una tasa de fecundidad de 2.5, por arriba de la tasa de reemplazo; una “Esperanza de vida al nacer” de 74.3 años, una “Esperanza de vida saludable al nacer” de 65.4 años y en el análisis por género, los hombres nacidos en 2002 perderán en el resto de su vida 8.3 años por enfermedad o discapacidad, representando el 13% del tiempo de vida.

Se destaca que el promedio de edad de la población mexicana, a principios del milenio, estaba alrededor de los 24 años, caracterizándonos como un país relativamente joven que está en condiciones de aprovechar el “Bono Demográfico”.

En la comparación internacional de los indicadores de salud, para finales del milenio en países seleccionados de la OCDE, México presentaba rezagos significativos, sobre todo en lo referente a la tasa de mortalidad materna y a la tasa de mortalidad infantil. (Cuadro 2)

Cuadro 2
Indicadores de Salud en Países Seleccionados Miembros de la OCDE
Datos para Inicios de la Década del 2000

País	Esperanza de Vida Mujeres Años		Esperanza de Vida Hombres Años		Mortalidad Infantil Muertes por 1,000 Nacidos Vivos	Mortalidad Materna Muertes por 100,000 Nacidos Vivos
	Al nacer	A los 60	Al nacer	A los 60		
Canadá	82.2	24.9	77.1	21	5.2	7.8
Dinamarca	79.5	22.4	74.8	19.1	4.4	13.6
España	83.1	24.9	75.7	20.3	3.4	4.2
Estados Unidos	79.8	23.4	74.4	20.1	6.8	9.9
Francia	83	25.8	75.8	20.8	4.1	6.5
Japón	85.2	27.4	78.3	21.9	3	7.3
México	77.4	22.3	72.4	20.4	21.4	76.1
Noruega	81.5	24	76.4	20.2	3.9	5.3
Reino Unido	80.4	23	75.7	19.4	5.3	6
Suecia	82.1	24.3	77.7	20.9	2.8	4.4
Turquía	70.9	18.1	66.2	16	42.6	49.2
Promedio OCDE	80.7	23.5	74.8	19.5	6.2	8.4

Fuente: Martín J. Capítulo 10, "El estado de salud en México", en *Políticas públicas para un mejor desempeño económico Experiencias del mundo para el desarrollo, México 10 años en la OCDE*, México, 2006, pág. 157.
Tomado de OECD HEALTH DATA 2004, 2a. edición, Secretaría de Salud, 2004, para México.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000, generó un Reporte en el que se aplicó una metodología sistematizada y científica para evaluar el desempeño de los principales Sistemas de Salud del Mundo.^{8, 9}

La evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud quedó de manifiesto para México a partir del lugar que el país ocupó en los seis índices estratégicos de la OMS que a continuación se presentan.

1.1 Justicia y equidad en la contribución financiera

El primer índice a comparar denominado: *Justicia y Equidad en la Contribución Financiera* pretende medir, para cada país, tanto la equidad en la contribución financiera para la salud de los hogares, como la protección social contra el riesgo financiero por motivos de salud.

La medición del logro en la equidad de la contribución financiera comienza con el concepto de la contribución de un hogar al financiamiento del sistema de salud, la cual se define como la razón entre el gasto sanitario total del hogar y sus ingresos permanentes por encima del nivel de subsistencia.... la distribución de la contribución al financiamiento sanitario para todos los hogares se ha resumido a través de este índice, concebido para ponderar en gran medida los hogares que han gastado en atención sanitaria una proporción muy grande de sus ingresos, más allá del nivel de subsistencia.... el índice refleja la desigualdad en la contribución financiera de los hogares, pero en particular de los hogares en riesgo de empobrecimiento a causa de un nivel elevado de gasto sanitario.¹⁰

A finales de la década de los noventa, México ocupaba en el indicador *Justicia y Equidad en la Contribución Financiera*, el lugar número 144 de entre 191 países, con un valor de 0.903; ya que se mostró que más de la mitad de los hogares no contaban con seguro de salud y ante demandas de atención médica inaplazables destinaban grandes proporciones de su gasto familiar para pagar del bolsillo sus demandas, o existían hogares que estaban inconformes con los servicios públicos de salud, situación que los llevaba a gastar en atención médica elevadas proporciones de su ingreso, surgiendo los llamados “Gastos Catastróficos” por motivos de salud que colocaban a los hogares en un alto riesgo de empobrecimiento.^{11, 12} (Cuadro 3)

Cuadro 3
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	
	Índice	Lugar	Años	Lugar	Índice	Lugar	Índice	Lugar	Índice	Lugar	Índice	Lugar
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
Canada	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.

Se observa que de los 6 indicadores estratégicos estudiados por la OMS en 2000, es en el índice de *Justicia y Equidad en la Contribución Financiera*, en donde el país presentaba el mayor rezago, razón por la cual se atacó el problema de raíz con la estructuración del “Sistema de Protección Social en Salud”, en 2003 y el inicio del Seguro Popular en el año de 2004.^{13, 14 y 15}

El análisis de la comparación internacional¹⁶ ha mostrado que los países con la mayor justicia y equidad en la contribución financiera son aquellos que:

- Fondean sus servicios de salud mayoritariamente con financiamiento público.
- Garantizan cobertura universal del aseguramiento público en salud y le confieren una participación menor al aseguramiento privado.

- Integran el financiamiento privado de los hogares y las empresas a esquemas de aseguramiento prepagados, siendo muy reducida la participación de los gastos de bolsillo de los hogares para el pago directo de los servicios médicos privados.

- No cobran en los servicios públicos “Cuotas de Recuperación” al usuario en el momento de otorgar el servicio.¹⁷

- Integran la posibilidad de efectuar “co-pagos” por parte del usuario para acceder de manera transparente a amenidades como cuartos privados u otro tipo de facilidades que personalicen la atención en los sistemas de aseguramiento tanto públicos como privados.

- Cuentan con múltiples proveedores públicos y privados para ofrecer un paquete de beneficios específico y compiten entre ellos para otorgarlo con base a calidad y costos.

Con fundamento en lo anterior se concluye que para que el Estado Mexicano pueda mejorar la *Justicia y equidad en la contribución financiera* en materia de salud, debe en primer lugar aumentar significativamente el financiamiento público para la atención a la salud, por lo que requiere instrumentar una Reforma Fiscal, que destine más dinero para la salud, pero a su vez debe lograr eficientar el gasto y generar más salud por el dinero invertido,¹⁸ debe también, garantizar una cobertura universal del aseguramiento en salud con base en sistemas pre-pagados, que permitan la inclusión de co-pagos, con múltiples opciones para elegir al proveedor de servicios, eliminando toda “Cuota de Recuperación” o “Pago por Evento” al momento de prestar el servicio. Es decir, México requiere tanto de un aumento del gasto público en salud como de un verdadero cambio estructural en las reglas financieras para la operación de su Sistema.¹⁹

1.2 Esperanza de vida saludable (EVISA) o Esperanza de vida ajustada por discapacidad (EVAD)

27

El segundo índice establecido por la OMS a comparar es la *Esperanza de Vida Saludable (EVISA-EVAD)*, que es un indicador que mide la eficacia del Sistema de Salud, ya que expresa “las ganancias en salud” o dicho de una manera simple: el tiempo previsto que la población en promedio vivirá gozando de una salud plena equivalente. En pocas palabras, el tiempo que se vivirá libre de cualquier grado de enfermedad o discapacidad.

Este indicador resume, para cada país, la carga de la muerte prematura y discapacidad, por todas las causas, en una población; la carga global de morbilidad, estimando todas las secuelas discapacitantes y ponderándolas para cinco grupos de edad y sexo, así como las tablas de mortalidad de cada país miembro de la OMS.

México ocupó el lugar número 55, de entre 191 países, en el indicador *EVISA-EVAD*. Se estimó que en 1999 la Esperanza de Vida Saludable al Nacer para el Mexicano en promedio era de 65 años. (Cuadro 3)

Con base en la experiencia internacional^{20, 21} se observa que un sistema de salud no puede garantizar el logro de la máxima salud plena alcanzable para su población, si no edifica su sistema sobre los cimientos que otorga la “Atención Primaria a la Salud” e integra los siguientes cuatro elementos centrales:

1. Contar al menos con cobertura universal de la “Atención Primaria a la Salud” y tener los fondos públicos suficientes para darle sustentabilidad económica, considerando a la

Medicina de Familia como el eje rector del sistema de salud, con cobertura nominal para todos los ciudadanos y libre transportabilidad entre diferentes aseguradores.

2. Contar con “Paquetes de Beneficios de Atención Médica Especializada” de acuerdo a la capacidad económica del país en cuestión, estructurados con base en criterios de seguridad, costo-efectividad, adherencia a normas éticas y aceptabilidad social.

3. Garantizar un paquete de beneficios-costo-efectivo de Bienes Públicos en Salud.

4. Introducir elementos que den racionalidad económica al sistema de salud, al conocer y monitorear los costos y la efectividad de las intervenciones, así como fomentar la competencia administrada entre múltiples proveedores.

Con base en lo anterior se concluye que: para que México pueda mejorar la *Esperanza de Vida Saludable (EVISA-EVAD)* para su población, debe realizar una reestructuración profunda en la forma en que se otorgan los servicios de salud garantizando, en primer lugar, que la plataforma sobre la que se asienta el Sistema de Salud, la “Atención Primaria a la Salud”, no tenga fisuras y cubra nominalmente de manera eficaz a todos los ciudadanos, haciendo explícito un “Paquete de Beneficios en Salud Primario”, de probada justificación y costo-efectividad, homólogo para todos los mexicanos por edad, sexo y factor de riesgo relevante y que, en segunda instancia, este paquete se complemente, para los distintos esquemas de aseguramiento, a partir de una atención especializada que se otorgue por múltiples proveedores públicos y privados con base en la competencia en términos de costo y efectividad.

1.3 Capacidad de respuesta del sistema de salud

El tercer índice a comparar es la *Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud* que conforma un indicador que resume la capacidad de respuesta moderna de un sistema de salud. Su cálculo se basó en una encuesta realizada por la OMS a finales de la década de los noventa, en donde informantes clave evaluaron el 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.

México ocupó el lugar número 53 de entre 191 países, con un índice de 5.66 en una escala de 0 a 10 (cuadro 3). Sin embargo, en lo referente a la *Distribución en la Capacidad de Respuesta*, México obtuvo el lugar número 108, con lo que se hace patente la desigualdad en la distribución.²²

Es importante destacar que para mejorar su desempeño y la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud, México debe instrumentar acciones efectivas en los siete ámbitos encuestados, sin embargo *cuatro* elementos requieren abordarse de manera inmediata para lograr avanzar en el proceso de “Equidad de Trayectorias”, es decir que se obtengan resultados similares, independientemente del proveedor o del esquema de aseguramiento público.²³

Primero:

La convergencia hacia la equidad en la capacidad de respuesta de los Sistemas Regionales de Salud. En México la capacidad de respuesta y la infraestructura se desarrolló de manera desi-

gual entre instituciones, regiones geográficas y condiciones de aseguramiento, dando lugar a un sistema altamente desigual y segmentado.

México es uno de los pocos países de la OCDE que no ha alcanzado aún el aseguramiento universal —o casi universal— en salud. El sistema de salud continúa siendo profundamente desigual en términos de acceso a los servicios en esta región, su financiamiento y los resultados en salud. Hay grandes disparidades en la cobertura de aseguramiento, gasto público y condiciones de salud entre entidades federativas del norte y del sur del país, lo que refleja diferencias tanto en los niveles de desarrollo socioeconómico y de educación, como en problemas epidemiológicos. También existen diferencias en disponibilidad de recursos (infraestructura y personal), y en calidad, entre instituciones. Mientras que la población no cubierta por la seguridad social puede tener acceso a las unidades dependientes del gobierno federal o estatal, se mantiene un número significativo de barreras de acceso para la población no cubierta por la seguridad social, que depende enteramente del acceso a dichas unidades. Una mayor proporción de los individuos sin acceso a la seguridad social pertenece a los segmentos más pobres de la población, y una porción más alta de los hogares en el quintil de ingresos más bajo enfrentan gastos catastróficos o empobrecedores en salud.²⁴

Por esta razón, se requiere establecer una fórmula de asignación presupuestal²⁵ en la que parte de los recursos presupuestales adicionales se destine a ampliar la capacidad de respuesta a nivel regional, que disminuya la concentración geográfica de recursos, la desigualdad entre instituciones y promueva un camino hacia la convergencia en la capacidad regional del país de otorgar servicios.

A su vez, la desigualdad se expresa en la desigual capacidad de respuesta entre las instituciones de Seguridad Social y las Instituciones de Protección Social, tanto en la Medicina de Familia, como en la Atención Médica Especializada, por lo que se deberán tomar acciones en ambos rumbos.

Segundo:

La oportunidad de la atención; en el país gran parte de la población está en condiciones de alto riesgo en salud, ya que no todo ciudadano está cubierto de manera nominal y sistemática por un médico de familia que, *ex profeso*, tenga la obligación de cubrir un paquete explícito de intervenciones y aplique el enfoque de riesgo para anticiparse al daño en toda su población adscrita, con rendición de cuentas.

Lo anterior queda de manifiesto cuando se ven las inconsistencias en la información sobre cobertura de las instituciones de salud, expresada en las variaciones porcentuales según diferente fuente de información entre “Población Derechohabiente / No derechohabiente”-“Población Legal” y “Usuarios”.²⁶ (Cuadro 4)

Es imprescindible superar errores conceptuales, en la seguridad social, al considerar como bueno a un “Derechohabiente No Usuario”, pues equivocadamente se cree que es una persona que cotiza y no demanda servicios, cuando más bien es una persona que cotiza y no está protegida anticipada y sistemáticamente sobre riesgos y, en consecuencia, solamente demanda atención cuando la enfermedad ya está en niveles muy avanzados, es muy costosa, de difícil atención o inoportuna.

Cuadro 4
Derechohabientes, Población Legal y Usuarios Según Condición de Aseguramiento en México en 2002

Institución	Derechohabiente / No Derechohabiente	Población Legal ^a	Usuarios ^b
IMSS	40'930,315	49'198,689	31'741,283
ISSSTE	9'128,551	10'303,539	6'962,864
Población Asegurada según Registros de la Institución	52'532,867	59'294,671	41'264,072
<i>% del Total</i>	<i>51.0%</i>	<i>57.0%</i>	<i>50.7%</i>
Población Asegurada según ENSA 2000 ^c	39'350,622		
<i>% del Total</i>	<i>40.8%</i>		
Población Asegurada según ENEYSS 2000 ^d	40'559,977		
<i>% del Total</i>	<i>41.7%</i>		
Población No Asegurada	50'507,097	44'815,817	40'110,703
<i>% del Total</i>	<i>49.0%</i>	<i>43.0%</i>	<i>49.3%</i>
Población No Asegurada ENSA 2000	57'142,979		
<i>% del Total</i>	<i>59.2%</i>		
Población No Asegurada ENEYSS 2000	56'783,872		
<i>% del Total</i>	<i>58.3%</i>		

^a: Población Legal: Personas que pagan las contribuciones del sistema con una estimación del número de sus dependientes.

^b: Usuarios: Personas que han utilizado el sistema.

^c: ENSA 2000: Estimaciones de la Encuesta Nacional de Salud 2000.

^d: ENEYSS 2000: Estimaciones de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2000.

Fuente: OCDE, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud*, México, pág. 38, recuadro 1.2.

El fomento del “Derechohabiente no Usuario”, sólo se traduce en el mediano plazo en una mayor carga de enfermedad, lo que incrementa exponencialmente los costos para la institución, mismos que pueden llevarla a la bancarrota.

Los elevadísimos costos de atención ya se han abordado financieramente, para el caso de México al considerar que se debe destinar el 8% de la Cuota Social y las Aportaciones Voluntarias para el “Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos” en la Secretaría de Salud,²⁷ sin embargo, funcionalmente los costos catastróficos, para las instituciones no se reducirán a menos que se instrumenten acciones específicas, para disminuir la carga de enfermedad, de padecimientos crónico degenerativos y lesiones, haciendo efectiva la reducción de la incidencia, prevalencia y letalidad de estos padecimientos, que sólo se puede lograr si se actúa sistemáticamente, anticipándose al daño sobre todo el universo de derechohabientes, a través de la cobertura nominal de la medicina de familia con enfoque de riesgo.

El país presenta un exceso de carga de enfermedad debido, entre otras cosas, a la detección tardía y a que no están claras las responsabilidades y sanciones de los agentes específicos encargados de gestionar la salud de la población objetivo.

Si bien se necesita más dinero, gran parte de éste deberá canalizarse para fortalecer los aspectos preventivos de la medicina de familia, poniendo límites para que la atención curativa de padecimientos de alto costo, no se “coma” la totalidad de los recursos adicionales canalizados a salud.

Hay que tener presente que la anticipación al daño no se puede hacer en abstracto, ni sólo con fines estadísticos y se debe definir claramente a nivel de micro región, con base en el diagnóstico de las necesidades de salud y el diagnóstico de la capacidad de respuesta local de los servicios: qué se debe hacer, cuándo, a quién, qué tan seguido y quién es el responsable de la ejecución de las intervenciones. Pero sobre cada uno de estos puntos se debe establecer un proceso de micro-rendición de cuentas específico.

Tercero:

La elegibilidad del proveedor de la atención. En México son muy débiles o casi inexistentes los mecanismos para que los pacientes elijan efectivamente a sus médicos, tanto en la medicina de familia, como en la atención especializada.

Se considera que si la elección del proveedor primario no está acompañada del beneficio económico para el médico y su equipo, es decir si a la elección del médico por el paciente no la acompaña un incentivo económico para el médico elegido, dicha elección es extremadamente débil dado que no tiene una repercusión económica que “premie” o perjudique al agente de salud electo y por lo tanto no “empodera” al paciente.

A su vez, se observa que la mayoría de las variables analizadas en el indicador *Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud* como: trato digno, confidencialidad, respeto a las personas, oportunidad de la atención y orientación clínica, son obstaculizadas en los hospitales públicos mexicanos, pues la figura de “Médico Responsable de Paciente” ha ido disminuyendo su valor en la práctica. Por lo tanto se ha “diluido” la responsabilidad de rendición de cuentas en un ente no corpóreo y en la cotidianidad es común que los familiares de los pacientes, en los hospitales, estén inmersos en la telaraña burocrática hospitalaria, mendigando información sobre sus pacientes hospitalizados, suplicando por buen trato y muchas veces los más necesitados se encuentran en la total indefensión, sin saber cuáles son sus derechos, a qué persona es a la que le debe exigir rendición de cuentas y hasta qué medida se deben satisfacer sus expectativas.

Los procedimientos clínicos en los hospitales requieren de una profunda reestructuración para recuperar operativamente la figura de “Médico Responsable de Paciente”, de modo que sobre él y su equipo caiga la responsabilidad de la atención, así como las funciones que permitan rendir cuentas sobre trato digno, confidencialidad, respeto, oportunidad de la atención y orientación clínica y a su vez se construya, sobre dicho agente y su equipo de trabajo, todo un sistema de incentivos al desempeño que integre grupos, legitime el don de mando, promueva la calidad de la atención y la productividad y también establezca sanciones ante incumplimientos.

Cuarto:

La calidad de las amenidades. En los hospitales públicos mexicanos se observa una gran inequidad y corrupción en el acceso a amenidades. Desde sus inicios, ha sido una práctica común generalizada que los pacientes que gozan de la recomendación de funcionarios de nivel medio y alto consigan un trato diferenciado en relación con otros pacientes, otorgándoles cuartos privados, excelencia en trato, acceso inmediato e ilimitado a exámenes de laboratorio y gabinete, etcétera.

Al mismo tiempo, es un tema tabú el tratar de transparentar el acceso diferenciado a ciertas amenidades que no tengan una implicación directa sobre la calidad técnica del servicio a partir de co-pagos. En la práctica pública se considera extremadamente inadecuado mencionar la posibilidad de cobrar, en forma explícita, por amenidades bajo el supuesto del trato igualitario a todos los pacientes, pero en realidad esto no se cumple pues hay todo un “protocolo de atención para recomendados” que perpetúa de manera velada la desigualdad en la atención, subsidiándole al “recomendado” su trato preferencial de manera altamente inequitativa e injusta.

Además, a la necesidad de gastar del bolsillo en instituciones públicas (Cuota de Recuperación)²⁸ y privadas (Pago por evento) para la mitad de la población, sin aseguramiento en salud, se suma la insatisfacción de los derechohabientes con los servicios recibidos en la seguridad social. Esto ha ocasionado que migren hacia hospitales privados y efectúen gastos de su bolsillo independientemente de haber ya cubierto, forzosamente, la prima de aseguramiento público.

Es necesario atacar el problema de “Todo o Nada” en el costo de la elección por amenidades, ya que los excesivos gastos de bolsillo en el sector privado de pacientes con seguridad social, que se expondrán en el capítulo de financiamiento, demuestran que una alta proporción de personas amparadas por seguros públicos, al no estar satisfechas con los servicios ofrecidos, tienen como única alternativa de elección migrar al sector privado y pagar nuevamente. Es inaplazable por tanto abrir espacios al interior de las instituciones públicas para que el costo de la elección se manifieste abiertamente en co-pagos que incrementen y diversifiquen las fuentes de financiamiento de los hospitales públicos.

Algunas características de organización que son compartidas por los sistemas de salud de países con amplia *Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud*²⁹ son:

- El desarrollo, al interior de cada país, de una política de convergencia hacia la equidad en la capacidad de respuesta e infraestructura médica entre las diferentes regiones.
- El paquete de beneficios en salud otorgado es pro-activo, es decir no se espera a que llegue el paciente sino que se otorgan servicios anticipatorios al daño sobre el total de la población cubierta bajo un enfoque de riesgo.
- Existe libre elegibilidad del médico de familia por parte del paciente.
- En todo momento, tanto en la medicina de familia como en la atención especializada el paciente conoce quién es el sujeto responsable de su atención y a quién se le debe pedir cuentas.
- Se ha sistematizado el proceso de rendición de cuentas a diferentes niveles: micro, mezo y macro.
- Se han generado nuevos instrumentos para garantizar la calidad de la atención y la capacidad de respuesta como las “Guías de Práctica Clínica”, la “Auditoría Médica” y la “Evaluación de la Tecnología”.³⁰
- Se incluyen, en la forma de remuneración, incentivos al desempeño, incentivos por productividad y calidad, pagos capitados y una serie de bonos o compensaciones adicionales al pago salarial.
- Se combinan subsidios a la oferta, a partir de fórmulas de asignación de presupuesto explícitas, con subsidios a la demanda que al seguir a los pacientes los “empoderan” y pre-

mian económicamente el desempeño destacado y la satisfacción con los servicios proporcionados.

- Se discute con el paciente las opciones que existen para su transferencia a hospitales, otorgándole información sobre la calidad de la atención de diferentes proveedores alternos.
- Se ha flexibilizado la oferta para satisfacer las expectativas de los usuarios a partir del establecimiento de co-pagos por amenidades y el establecimiento de contratos con proveedores costo efectivos.

Con base en lo anterior se concluye que para que México pueda mejorar la *Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud*, debe modificar radicalmente la fórmula de asignación de recursos a fin de lograr la convergencia hacia la equidad en la capacidad de respuesta en las diferentes regiones geográficas que componen al país. Asimismo, debe fortalecer los mecanismos para que el dinero “siga al paciente”, combinando subsidios a la demanda con subsidios a la oferta; se requiere, también, desarrollar el esquema de remuneración de los trabajadores de la salud adicionando al pago salarial, incentivos al desempeño relacionados con el número y complejidad de personas que atienden (capitación ponderada), con incentivos al desempeño y productividad destacada, así como fortalecer los procesos de rendición de cuentas a nivel local, la auditoría médica y diversos mecanismos para mejorar la calidad de la atención. Además el sistema debe reconocer las expectativas de los usuarios y permitir el cobro de co-pagos que transparenten el costo de la elección del usuario hacia un trato diferenciado.

1.4 Metas integrales alcanzadas

El cuarto índice a comparar, establecido por la OMS: *Metas Integrales Alcanzadas*, se construyó a partir de la ponderación de 5 componentes: 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. México ocupó, aquí, el lugar número 51 de entre 191 países; en “Metas Integrales Alcanzadas o Logro Global del Sistema de Salud” con un índice de 81.1 en una escala de 0 a 100. (Cuadro 3)

Este indicador sintetiza la integralidad de la reforma en salud, pues las modificaciones en la asignación de recursos hacia la equidad deben entrar en sinergia, con la mayor eficacia, para generar más salud por el dinero, y para que este círculo virtuoso reproduzca un esquema que desarrolle las capacidades regionales de otorgar servicios de salud efectivos y equitativos que verdaderamente mejoren la calidad de vida de las personas.³¹

México debe cuidar que, en su estrategia de reforma, los aumentos en los recursos destinados a salud combatan, por un lado la insuficiencia y por el otro, que parte del dinero adicional permita establecer 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.

1.5 Desempeño eficiente del sistema de salud en relación con los EVISAS

El quinto índice a comparar, establecido por la OMS: *Desempeño Eficiente del Sistema en Relación con los EVISAS*, indica qué tan eficiente es un Sistema de Salud al trasladar el gasto ob-

servado en relación con los EVISAS que se podrían haber obtenido en el Sistema más eficaz de los 191 países considerados.

México ocupó el lugar número 63, de entre 191 países, en “Metas Integrales Alcanzadas o Logro Global del Sistema de Salud” con un índice de 0.789 en una escala de 0 a 1. (Cuadro 3)

El que el país ocupe el lugar 63 pone en evidencia que el Sistema Nacional de Salud presenta problemas tanto en la *eficiencia en la asignación de recursos*, como en la *eficiencia técnica de sus procesos*.

La ineficiencia del sector se puede deber a dos causas, a *asignar* los recursos de manera inadecuada o a *utilizar* los recursos asignados en forma incorrecta, o en el peor de los casos ambas.

En relación con la *ineficiencia en la asignación* se observa que en México las actividades curativas son las que consumen un mayor presupuesto en relación con las actividades preventivas.³² Asimismo, en el país el problema de la “presupuestación inercial”, es decir la asignación de presupuesto con base en el presupuesto ejercido el año anterior, ha permitido que se perpetúen las asignaciones de presupuesto incorrectas y además que las unidades médicas no tengan un incentivo para ahorrar, pues si ahorran se les quita presupuesto futuro.³³

La *ineficiencia en la asignación* se debe, en mucho, a la falta de información sobre el costo y la efectividad de las intervenciones^{34, 35} y el presupuesto responde en gran medida a situaciones inerciales y a presiones de grupos de interés que generan grandes ineficiencias.

A su vez, se establece una rigidez en la estructura programático-presupuestal que dificulta instrumentar cambios en la asignación de recursos, haciendo que la oferta de servicios tienda a comportarse de manera inelástica y permanezca inalterada, independientemente de que cambie radicalmente la demanda, como resultado del envejecimiento poblacional y la transición epidemiológica.

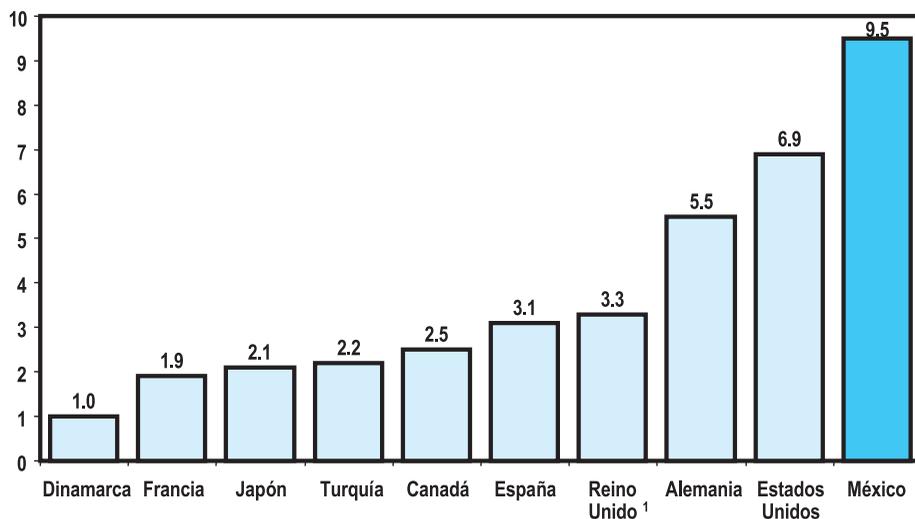
Una gran ineficiencia, destacada por la OCDE, es la relacionada con los elevadísimos costos administrativos y corporativos de las instituciones de salud en México. (Cuadro 5)

En relación con la *ineficiencia técnica* se observan problemas tanto a nivel clínico, como de producción de servicios y gerencial.

La *ineficiencia clínica*, en mucho se debe a la obsolescencia del equipo médico quirúrgico,³⁶ así como a fallas en la prestación, de entre las que destacan: la mala prescripción de medicamentos, el no seguimiento de las “Guías de Práctica Clínica”, abusos en la utilización de auxiliares de diagnóstico y tratamiento, ausentismo del personal, inadecuadas transferencias de pacientes a niveles de atención más complejos y escaso proceso de rendición de cuentas. Además las sanciones fuertes al personal que incumple son muy difíciles de cristalizar y cuando se llega a penalizar, el médico queda indefenso y muchas veces justificadamente alude a problemas organizacionales en la generación de iatrogenias.

Es importante señalar que, a nivel institucional, ha crecido el número de demandas legales dirigidas a médicos y que el problema de la irrupción de la “Medicina Defensiva”, en donde los abogados han comenzado a encontrar una jugosa posibilidad de crear un mercado de demandas dirigidas a médicos por “mala práctica”, está a punto de estallar tanto en el sector público como en el sector privado. Por otra parte son ya cuantiosas las pérdidas económicas en las instituciones, resultantes de días no laborados por personal médico y pa-

Cuadro 5
 Proporción del Gasto Administrativo en el Gasto Total en Servicios de Salud en Países Seleccionados de la OCDE, en 2000



¹ La cifra del Reino Unido corresponde a 1999.

Fuente: OCDE, *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud*, México, OCDE, París, Francia, 2005, pág. 115.

ramédico y cirugías suspendidas por asistir a declarar en requerimientos jurídicos. Se requiere, también, estudiar la pertinencia de diseñar sistemas de co-aseguro frente a la mala práctica, con múltiples pilares de financiamiento, para proteger económicamente al personal de salud ante las demandas, así como un marco organizacional y un respaldo jurídico adecuado.³⁷

La *ineficiencia en la producción de servicios* se debe, en mucho, a que la excesiva regulación ha metido en una camisa de fuerza a los directores de los hospitales y a los jefes clínicos, obstaculizando el manejo interno de las unidades operativas. La libertad en el manejo del personal es muy limitada debido a acuerdos sindicales y restricciones del Contrato Colectivo de Trabajo, subsiste un manejo muy centralizado de ciertas partidas presupuestales y es muy difícil instrumentar cambios operativos pues hay una gran rigidez en la oferta de servicios y casi nunca hay dinero líquido para fondear procesos de mejora.

La expresión organizacional, de la ineficiencia en la producción de servicios, se traduce en una enorme inflexibilidad en la oferta de servicios médicos en las instituciones públicas. Por un lado, se presenta en el mercado una demanda excesivamente dinámica y cambiante resultado del proceso de transición demográfica y epidemiológica y por el otro, el marco para la provisión de servicios no puede cambiar, es extremadamente rígida la oferta y no puede adaptarse para responder adecuadamente a nuevas exigencias.

En resumen: los directivos de los hospitales se enfrentan día a día a nuevos y más complejos problemas a los que no pueden hacerles frente, pues tienen las manos atadas por la

rigidez y exceso de normas, aunado a la escasez de recursos, que les obstaculiza y en ocasiones impide actuar. En general para subsistir como directivo clínico, se recomienda simplemente seguir “administrando” las excesivas disposiciones y no innovar gerencialmente pues se corre el peligro de infringir alguna norma y ser sancionado.

En relación con la ineficiencia técnica debida a fallas gerenciales, es claro que el sistema de salud, de las instituciones públicas, es estructuralmente ineficiente, por sólo remunerar al trabajador con base en los salarios, por no contar con incentivos económicos para el buen desempeño, por no instrumentar reglas del juego que permitan que los activos se transformen en fuentes generadoras de ingreso, por no contar con instancias encargadas del desarrollo institucional sistemático a partir de “Acuerdos de Gestión” y por ser casi inexistente la competencia entre proveedores, con base en calidad y costos para suministrar los servicios.

Algunas características de organización gerencial que son compartidas por los sistemas de salud con *Desempeño Eficiente del Sistema en Relación con los EVISAS* son:

a) El contar con un manejo gerencial de un “Pool de Riesgos Nacional” único, en el que se determinen las necesidades de atención a la salud, se actúe efectivamente sobre los denominadores, o población a cubrir, por tipo de demanda y se fundamente un paquete de beneficios con criterios explícitos de costo-efectividad.

b) El establecer diagnósticos de salud y diagnósticos de capacidad de respuesta por microregión y a partir de ellos un plan de acción con responsables y metas.

c) El manejo de estándares de calidad a partir del establecimiento de “Guías Diagnóstico Terapéuticas” establecidas por grupos de reconocido prestigio y referencia nacional.

d) El establecimiento de fórmulas explícitas de presupuestación que superen la “presupuestación inercial”.

e) Separar las funciones de: Aseguramiento-Compra-Provisión, en donde se definan criterios de eficiencia para la asignación y de eficiencia técnica.

Para mejorar el *Desempeño Eficiente del Sistema en Relación con los EVISAS* en México, es necesario trabajar en al menos cinco campos:

1. Instrumentar una reingeniería financiera que modifique los procesos de asignación de recursos y se transite, de una presupuestación inercial hacia una asignación basada en fórmulas explícitas que combinen subsidios a la oferta con subsidios a la demanda que “sigan al paciente”, a partir de sistemas de capitación ponderada por edad, sexo, riesgo y tipo de demanda.

2. Establecer contrapesos institucionales que conduzcan a una mayor eficiencia, a partir de la separación de las funciones de aseguramiento, financiamiento y provisión.

3. Reestructurar integralmente las políticas internas de manejo y valorización del Capital Humano y trabajar muy de cerca con los Sindicatos, para diseñar cambios que arrojen beneficios económicos directos al trabajador, al derechohabiente, a la institución y al Sindicato. Se debe reconocer la falla de la política actual de Recursos Humanos de la Administración Pública y plantear, como medida urgente, la superación del pago salarial como la única forma de remuneración³⁸ e incluir incentivos al desempeño y pagos capitados, así como incentivos normales que incluso beneficien directamente al Sindicato por promover entornos laborales que faciliten y promuevan la eficiencia.

4. Diseñar e instrumentar acciones que promuevan una mayor desconcentración, flexibilicen la oferta de servicios y reduzcan la rigidez normativa de la atención especializada en hospitales, a fin de convertirlos en entidades con mayor autonomía en el manejo de sus activos.

5. Diseñar, instrumentar y evaluar un sistema de costos promedio de intervenciones en salud.

1.6 Desempeño global del sistema de salud

El sexto y último indicador establecido por la OMS, *Desempeño Global del Sistema de Salud* indica qué tan eficiente es un Sistema de Salud, al trasladar el gasto observado en relación con los EVISAS que se podría haber obtenido del Sistema más eficaz.

El desempeño global de los sistemas de salud se midió... estableciendo una relación entre el logro global y el gasto de los sistema de salud. La medida compuesta de la meta máxima alcanzable se calculó usando un modelo de producción de frontera que estableció una relación entre el logro global del sistema de salud y el gasto sanitario y otros factores determinantes ajenos al sistema de salud, representados en este caso por la institución.³⁹

México ocupó el lugar número 61 de entre 191 países en *Metas Integrales Alcanzadas o Logro Global del Sistema de Salud* con un índice de 0.755 en una escala de 0 a 1. (Cuadro 3)

Lo anterior implica que tenemos un sistema en donde todas las ineficiencias, inequidades y desigualdades anteriormente descritas, entran en sinergia negativa y hacen que los logros globales del sistema sean insuficientes.

Este índice expresa todas las situaciones que pueden afectar la eficiencia en un Sistema Nacional de Salud. Contempla situaciones relacionadas con la mezcla pública y privada en el financiamiento y provisión de servicios de salud; problemas que afectan la eficiencia en la asignación de recursos, como el adecuado financiamiento de actividades de promoción de la salud, prevención, diagnóstico oportuno, curación y rehabilitación; aspectos tales como la eficacia gerencial, la competencia entre proveedores, las formas de remuneración y las dinámicas generadas por los incentivos al desempeño y las problemáticas relativas a la eficiencia técnica de las intervenciones de salud como son: la eficacia de la contención de costos, el mejoramiento de la efectividad de las acciones, la adopción de tecnología apropiada y la estructuración de un modelo de salud en el que operen de forma coordinada tanto la atención primaria, como la atención especializada; en donde exista capacidad de elección y procesos sistemáticos de rendición de cuentas a nivel de micro región.

En resumen, de la comparación internacional instrumentada por la OMS en el año 2000, se destacaron tres situaciones graves para México:

1. El principal problema del Sistema de Salud Mexicano es el de la *Justicia y Equidad en la Contribución Financiera*; por lo que era urgente transitar hacia un sistema de aseguramiento y protección social dirigido a los más pobres.

2. México como país ocupaba en los otros cinco índices lugares que van del 51 al 63 que a todas luces desmentía la afirmación que nos colocaba como la décima economía del

mundo, por lo que se necesitaban concretar una serie de reformas estructurales en todos los sentidos anteriormente expuestos.

3. México en los índices relativos a distribución ocupa lugares aún más rezagados, por lo que se debían instrumentar medidas correctivas que condujeran a la convergencia, superaran la desigualdad y la inequidad, en la distribución geográfica, entre las instituciones que conforman al Sector Salud y por grupos sociales.

En respuesta a este diagnóstico y recomendaciones, se atacó de manera frontal de 2000 a 2006 el problema de la *Justicia y Equidad en la Contribución Financiera* a partir de la puesta en marcha, en la Secretaría de Salud, de programas como el de “Arranque Parejo en la Vida” que se enfoca a mejorar la salud de la mujer y el niño y más concretamente a partir de 2003 al promulgarse el Decreto que modifica la Ley General de Salud para darle sustento legal al “Sistema de Protección Social en Salud”⁴⁰ y en 2004 el “Seguro Popular de Salud”, instrumentos eficaces que permitieron introducir cambios paradigmáticos al superar sistemas asistencialistas y transitar hacia una lógica de aseguramiento en salud con servicios de calidad. A su vez, se realizaron una serie de cambios importantes en las instituciones de seguridad social, como la desconcentración de unidades de alta especialidad médica en el IMSS y la separación de funciones financiamiento-provisión en el ISSSTE.

Con la instrumentación del Seguro Popular en 2004 se comenzaron a materializar cambios muy relevantes en el sistema de salud, no obstante, hay que considerar, como se planteó en el Resumen Ejecutivo, que el proceso de reforma es un fenómeno dinámico y de largo plazo, por lo que las reformas instrumentadas en la última década deben ser consideradas como *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, de nuevos componentes para consolidar el cambio iniciado y lograr la convergencia hacia un único sistema de salud, por lo que en 2006, ante el cambio de Gobierno y conociendo la direccionalidad del cambio resultante de las lecciones internacionales, se abre una ventana de oportunidad para seguir avanzando en la construcción de un sistema acorde con el desarrollo económico y social del país.

En el cuadro 6 se presentan las principales recomendaciones de la OCDE sobre los procesos de reforma adicionales que se requieren desarrollar en México para transitar hacia un sistema único de salud sustentable, equitativo, efectivo, de calidad y con gran aceptación social.

Cuadro 6

Reformas Adicionales Propuestas para el Sistema de Salud Mexicano por parte de la OCDE

- Introducir una reforma fiscal y poner en marcha reformas de pensiones del sector público.
- Fomentar la adopción del Seguro Popular y abordar barreras al acceso para las personas no cubiertas por la seguridad social.
- Garantizar el financiamiento adecuado para los “bienes públicos para la salud” costo efectivos.
- Establecer una separación entre compradores y prestadores de servicios mediante esquemas contractuales, entre los aseguradores y los proveedores para reducir la segmentación del sistema.
- Reinvertir costos administrativos innecesarios en la oferta de servicios de salud.
- Vincular la remuneración del personal con metas de desempeño y revisar contratos de trabajo para motivar una mayor productividad.
- Avanzar en las iniciativas de promoción de la salud y fortalecer las relacionadas con la medición y mejora de la calidad.
- Fortalecer los sistemas de información y la rendición de cuentas e invertir en capacidades administrativas y de gestión para mejorar la gobernabilidad del sistema.

Fuente: OCDE, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud*. México, 2005, pág. 14.

NOTAS

⁸ Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la Salud, en el Mundo 2000. Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud*, Suiza, 2000.

⁹ Murray C., J. L., Frenk J., “Un Marco para Evaluar el Desempeño de los Sistemas de Salud”, en *Boletín de la OMS*. Suiza 2000: World Health Organization.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud 2000, pág. 172.

¹¹ Cruz C., Álvarez F., Frenk J., Knaul F., Valdez C., Ramírez R., *El financiamiento de los servicios de Salud y las Cuentas Nacionales en Salud*, México, FUNDALUD, 1994.

¹² 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 gastos catastróficos de los hogares” en *Caleidoscopio de la Salud*, Knaul F., Nigenda G. Editores, Fundación Mexicana para la Salud FUNDALUD, México, 2003.

¹³ *Diario Oficial de la Federación*, op. cit., 2003.

¹⁴ Cruz C., Luna G., Rivera R., “Equidad social y protección financiera en salud”, capítulo 3 (100 a 108 pág.), en *25 años de Desarrollo Social en México*, Estudios Económicos y Sociopolíticos, BANAMEX, México, 2004.

¹⁵ Knaul F., Arreola-Ornelas H., Méndez O., “Protección financiera en salud: México, 1992-2004”, en *Salud Pública, México 2005*; 47: 430-439.

¹⁶ Contandriopoulos A., Cruz C., Kaddar M., Sikipa G., Solon O., Thomasson J., et al., *Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services. Report of a WHO Study Group*, Organización Mundial de la Salud, Suiza, 74 pp., 1993.

¹⁷ Cruz-Rivero C., Domínguez-Villarreal M., “Equidad en el cobro por servicios médicos hospitalarios: el caso de las cuotas de recuperación en la Secretaría de Salud”, en *Salud Pública México 1990*; 32: 449-464.

¹⁸ Frenk J., Lozano R., González Block MA., Cruz C., *Economía y Salud Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México*, Informe Técnico Final, FUNDALUD, 1994.

¹⁹ Cruz-Rivero C., Valdés Olmedo., “Diversidad Financiera para la prestación de servicios de salud”, en *Salud Pública México 1992*; 34 (suplemento): 105-116.

- ²⁰ Organización Mundial de la Salud. *op. cit.*, 2001.
- ²¹ CEPAL, *op. cit.*, 2006, pág. 77-106.
- ²² Organización Mundial de la Salud, *op. cit.*, 2000, pág. 208-209.
- ²³ CEPAL, *op. cit.*, 2006, pág. 20.
- ²⁴ Martín J. “El Estado de Salud en México”, Capítulo 10, en *Políticas Públicas para un Mejor Desempeño Económico. Experiencias del Mundo para el Desarrollo, México 10 Años en la OCDE*, OCDE, México, 2006, pág. 159-160.
- ²⁵ National Health Services, *Reforming NHS Financial Flows- Introducing Payments by Results*, Department of Health, Reino Unido, 2002.
- ²⁶ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud-México*, OCDE, México, 2005, pág. 38, Recuadro 1.2.
- ²⁷ *Diario Oficial de la Federación*, 15 de mayo de 2003, *op. cit.*
- ²⁸ Cruz Rivero C., Domínguez Villareal M., 1990, *op. cit.*
- ²⁹ National Health Services, “Reforming NHS Financial Flows Cheshire And Merseyside Strategic Health Authority”, St-HA/2002-3/54. Reino Unido, 2002.
- ³⁰ National Health Services. The National Institute for Clinical Excellence NICE, Reino Unido, 1999.
- ³¹ Murray C.J.L., Frenk J. *op. cit.*, 2000.
- ³² Cruz C., Lozano R. Querol V., “The impact of economic crisis and adjustment on health care in Mexico”, *Innocenti Occasional Papers / Subserie Fiscal Pol.* 13, 1-33, (1991).
- ³³ Hernández P., Zurita B., Ramírez R., Alvarez F., Cruz C., “Las cuentas nacionales en salud”, en *Observatorio de la Salud-Necesidades, Servicios, Políticas*, Fundación Mexicana para la Salud, Julio Frenk Editor, México, 1997.
- ³⁴ Cárdenas C., Cruz C., “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*, volumen 1, número 1, Abril 1996, 24-31 pp., México.
- ³⁵ Michaud C. Trejo J., Cruz C., Pearson T., “Rheumatic Heart Disease”, en *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Jamison, Mosley, Measham y Bobadilla Eds., New York Oxford University Press-World Bank, 1993.
- ³⁶ Cruz C., Faba G., Martusceli J., “La tecnología de la salud en México”, en *Salud Pública de México*, 34, 145-156, México, 1992.
- ³⁷ Vivas-Andrade F, Documento de Trabajo sobre Quejas y Demandas Legales a Médicos en el Hospital General Ignacio Zaragoza, México, 2006, ISSSTE.
- ³⁸ CEPAL, *op. cit.*, 2006, pág. 103 cuadro III.6 Tipos Fundamentales de Sistema de Pago, en B. Alvarez, L. Pellisé y F. Lobo, “Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y del OCDE”, *Revista panamericana de salud pública*, vol. 8, núm. 00, 2000.
- ³⁹ Organización Mundial de la Salud, *op. cit.*, pág. 174.
- ⁴⁰ *Diario Oficial de la Federación*, *op. cit.*, 15 de mayo de 2003.

2. Alineación y convergencia de las políticas de salud con las políticas de otros sectores

Comprender la relación multidimensional que existe entre el sector salud y los otros sectores clave de la economía, puede permitir delinear la estructura que el agente colectivo sigue en las decisiones de política pública que impactan directa o indirectamente en el acervo de salud de la población, en la valorización del capital humano y por ende en las posibilidades de crecimiento y desarrollo de la economía en su conjunto.

Como se expuso en el resumen ejecutivo, la problemática de salud debe considerar la vinculación del sector con el resto de la estructura socio económica. En este capítulo trataremos de delinear algunos de los lazos importantes entre el sector salud y otros sectores económicos, con el objetivo de superar enfoques resultado de la definición endógena de la problemática de salud, en donde se consideran situaciones internas al sector que se fundamentaban, principalmente, en diagnósticos epidemiológicos, que si bien son muy importantes, no le otorgan su lugar a otros componentes del contexto económico social y que como resultado generan propuestas programáticas aisladas e incompletas que se centran, exclusivamente, en líneas de acción a instrumentar al interior de cada una de las instituciones de salud, fragmentando al sistema de salud, sin considerarlo como un cuerpo articulado, lo que ha producido repercusiones de gran magnitud tanto en el entorno macroeconómico como en el microeconómico.

Esto muestra la relevancia de analizar la relación entre el estado de salud del capital humano y la dirección de las acciones de la política pública, que toma el agente colectivo en distintos aspectos de la economía, pues el análisis de estas sinergias puede detonar acciones concretas que aprovechen las externalidades positivas que pueden generar los programas, o políticas públicas, emprendidas en campos distintos al de la salud, sobre este fundamental activo de una economía.

2.1 Contexto económico del sistema de salud en México

El análisis que requieren las políticas encaminadas a mejorar la salud de los mexicanos, debe partir de contextualizar los siguientes 3 problemas centrales: 1. el ingreso económico y el desarrollo humano, 2. la pobreza y la desigualdad y 3. la capacidad económica del Estado para generar una política social.

2.1.1 El ingreso económico, el peso de la economía y el desarrollo humano

México es un país con más de 100 millones de habitantes, que viven en la, supuesta, décima economía del mundo y que en 2003 presentó un “Ingreso Nacional Bruto” de más de 637,200 Millones de Dólares, con un “INB per cápita” cercano a los 9,000 dólares anuales, ocupando el lugar número 80 en cuanto a riqueza promedio de sus ciudadanos.⁴¹ El país presenta, sin embargo, rezagos en indicadores como el “Índice de Desarrollo Humano” con el lugar 53.⁴² (Cuadro 7).

En 2006, debido a que la economía mexicana no creció, según el Fondo Monetario Internacional (FMI), México pasó a ocupar el lugar número 14.

Cuadro 7
Población, Ingreso e Índice de Desarrollo Humano
para Países Seleccionados

País	Total de Población 2003 *	Ingreso Nacional Bruto Método Atlas Millones Dólares 2003 *	Lugar	Ingreso Nacional Bruto Per Cápita Método PPP Dólares 2003 *	Lugar	Índice de Desarrollo Humano 2002 **	Lugar
Argentina	36,800,000	140,100	30	11,410	66	0.853	34
Brasil	176,600,000	479,500	13	7,510	86	0.775	72
Canadá	31,600,000	773,900	8	30,040	11	0.943	4
Colombia	44,600,000	80,500	42	6,410	97	0.773	73
Costa Rica	4,000,000	17,200	75	9,140	79	0.834	45
Cuba	11,300,000	0.809	52
Francia	59,800,000	1,521,600	5	27,640	22	0.932	16
Guatemala	12,300,000	23,500	67	4,090	130	0.649	121
Japón	127,600,000	4,360,800	2	28,450	19	0.938	9
México	102,300,000	637,200	10	8,980	80	0.802	53
Reino Unido	59,300,000	1,680,100	4	27,690	21	0.936	12
Estados Unidos	290,800,000	11,012,600	1	37,750	4	0.939	8

Fuente: *World Development Indicators 2005. Banco Mundial, Estados Unidos, 2005, Disponible en: <http://www.worldbank.org/data/wdi2005/wditext/Cover.htm>

** "Informe Sobre Desarrollo Humano 2003". Programa Naciones Unidas para el Desarrollo, Estados Unidos, 2004.

Los efectos para el sector salud de estas grandes cifras son básicamente cuatro:

1. Al ser México un país grande, tanto en términos poblacionales como económicos, genera un *mercado de atención médica gigante* y un "complejo médico industrial" *muy importante con un potencial estratégico para la economía*, que puede ser considerado como "palanca de desarrollo".

2. En 2003 de ocupar, por su peso, la 10 posición en la economía mundial pasó a ser la 80 por su ingreso per cápita que muestra el gran contraste entre la población que cuenta con estándares de vida del primer mundo y la que está sumergida en el rezago y la marginación.

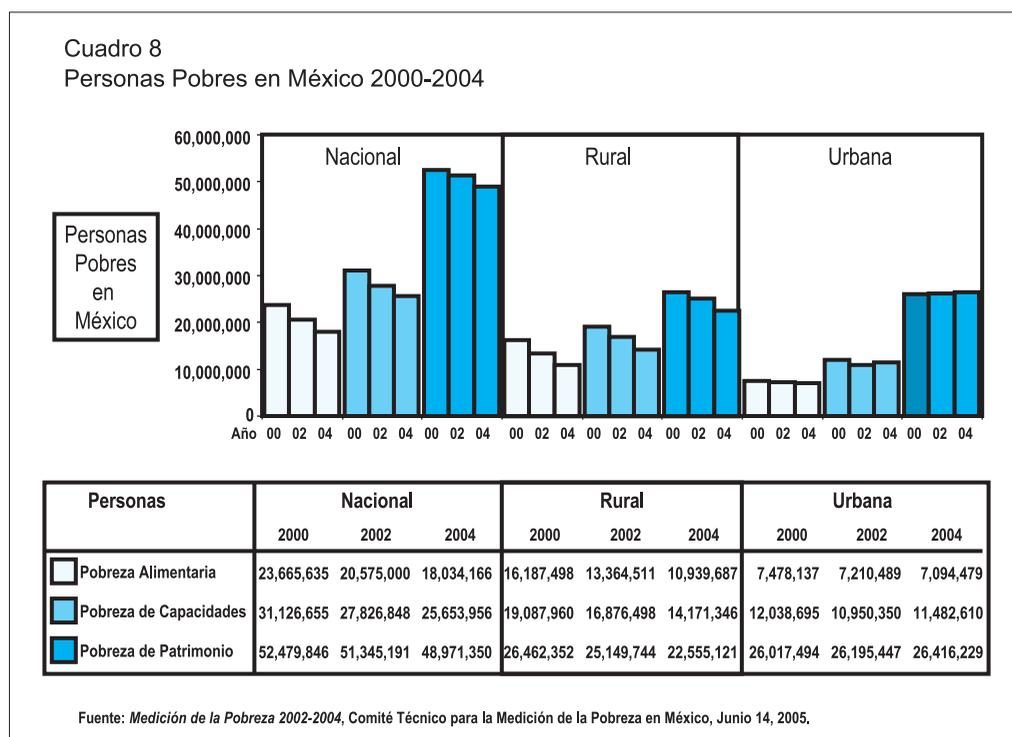
3. En 2002, México ocupó en el "Índice de Desarrollo Humano", el lugar número 53, lo que resulta interesante ya que en promedio en los indicadores de desempeño de la OMS, anteriormente expuestos, el país ocupaba los lugares entre 51 y 63, es decir el lugar que el país guarda con respecto a otros países del mundo confirma en términos burdos, saber que existen en todo el mundo al menos 50 mejores opciones de países para vivir.

4. México es vecino del país que posee la economía más grande del mundo, los Estados Unidos de Norte América, con una economía 17 veces más grande que la mexicana. Esta situación objetiva, tiene grandes repercusiones y podría generar, de ser bien resuelta, una gran oportunidad de desarrollo.

2.1.2 Pobreza, desigualdad y capacidad económica del Estado para generar una política social

En 2001 la décima parte de la población mexicana vivía con menos de un dólar al día y una quinta parte se encontraba inmersa en la “Pobreza alimentaria”. Esta situación ha sido atacada con relativo éxito durante el periodo 2001-2004, pero siguen existiendo cerca de 18 millones de mexicanos cuyo ingreso no les permite ni siquiera cubrir sus necesidades básicas de alimentación y subsisten bajo una “trampa” de pobreza.

La pobreza en México se ha tipificado oficialmente en tres niveles: (cuadro 8).



1. *Pobreza Alimentaria*: Caracterizada por los hogares cuyo ingreso es insuficiente para cubrir las necesidades de alimentación, correspondientes a los requerimientos establecidos en la Canasta de Consumo Alimentario INEGI-CEPAL, equivalentes a \$15.40 por persona en el medio rural y \$20.90 por persona en el medio urbano (pesos constantes del año 2000). Dicho de forma cruda, en el año de 2004 al 17.3% de la población en México no le alcanzaba ni para comer.

2. *Pobreza de Capacidades*: Caracterizada por los hogares cuyo ingreso es insuficiente para cubrir las necesidades de alimentación, educación y salud; equivalentes a \$18.90 por persona en el medio rural y \$24,70 por persona en el medio urbano (pesos constantes del año 2000). En el año de 2004 al 24.6% de la población en México no le alcanzaba para comer, educarse y enfrentar sus gastos de salud.

3. *Pobreza de Patrimonio*: Caracterizada por los hogares cuyo ingreso es insuficiente para cubrir las necesidades de alimentación, educación, salud, vestido, calzado, vivienda y transporte público; equivalentes a \$28.10 por persona en el medio rural y \$41.80 por persona en el medio urbano (pesos constantes del año 2000). En el año de 2004 el 47% de la población en México se consideraba pobre en el sentido patrimonial.

La pobreza desde el ámbito de la salud es muy importante, pues en muchas ocasiones el *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.^{43, 44}

Aunado a la pobreza, la desigualdad ha caracterizado históricamente al país pues el 10% de la población más pobre recibe el 1% del ingreso mientras que el 10% más rico concentra el 43% del ingreso.⁴⁵ (Cuadro 9).

Cuadro 9
Desigualdad Económica para Países Seleccionados

País	Coeficientes de Gini de Diferentes Encuestas *	Porcentaje de Participación en el Ingreso o Consumo Diferentes Encuestas 1990 - 2003	
		10% más pobre	10% más rico
Argentina	52.2	3.8	38.9
Brasil	59.3	0.7	46.9
Canada	33.1	2.5	25.0
Colombia	57.6	0.8	46.5
Costa Rica	46.5	1.4	34.8
Cuba	s/d	s/d	s/d
Francia	32.7	2.8	25.1
Guatemala	59.9	0.9	48.3
Japón	24.9	4.8	21.7
México	54.6	1.0	43.1
Reino Unido	36.0	2.1	28.5
Estados Unidos	40.8	1.9	29.9

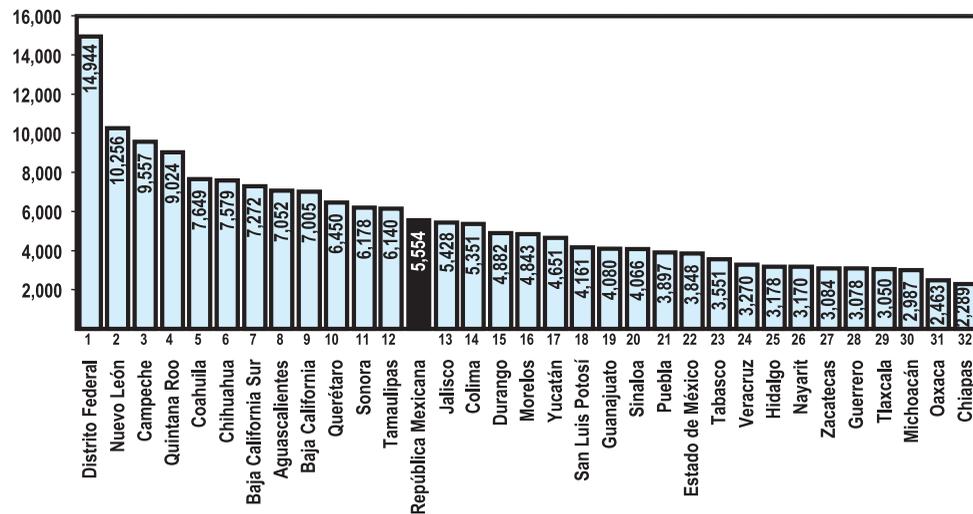
Fuente: *World Development Indicators 2005*, Banco Mundial, Estados Unidos, 2005.

** El Coeficiente de Gini mide la desigualdad a lo largo de toda la distribución de los ingresos o consumo. Un valor de 0 en el Coeficiente de Gini representa una igualdad perfecta y un valor de 100 representa la desigualdad perfecta.

La profunda desigualdad económica ocasiona que el “Ingreso Per Cápita Promedio”, no sea un buen indicador de la capacidad de consumo del mexicano común y corriente, debido a que, aún cuando el promedio Nacional, medido en dólares “Atlas”, en 2003 fue de 5,554 dólares al año, en el Distrito Federal el ingreso per cápita fue de 14,944 dólares, mientras que el del Estado de Chiapas fue de tan sólo 2,289 dólares para dicho periodo, cifras que expresan la profunda desigualdad y la concentración de la riqueza regional.

La desigualdad regional se expresa a su vez en múltiples desigualdades, desigualdad de niveles de salud, desigualdad de capacidad de respuesta de servicios de salud públicos en las entidades federativas, etcétera. (Cuadro 10).

Cuadro 10
 PIB per Cápita por Entidad Federativa 2003-Dólares Atlas



Fuentes: INEGI, Sistemas de Cuentas Nacionales de México, PIB por Entidad Federativa 1998-2003, Cuadro 1. PIB en Miles de Pesos a Precios Corrientes en Valores Básicos 2003 (Tipo de Cambio 2003, \$10.7890)
 CONAPO, La Situación Demográfica de México, 2003, Cuadro 1 Población.

La CEPAL ha estimado que para reducir la incidencia de la pobreza extrema a la mitad, para el año 2015, la región latinoamericana debería presentar tasas de crecimiento del producto por habitante cercanas al 4.8% anual entre 2006 y 2015. No obstante, si se introdujeran cambios distributivos equivalentes a una reducción del 10% del coeficiente de Gini de desigualdad en el ingreso, la tasa de crecimiento necesaria para cumplir la meta de disminución de la pobreza se reduciría al 2.8% anual.⁴⁶

El combate a la pobreza y la desigualdad se agrava para México, si se observa que sólo se recauda alrededor de 15% del PIB, y que sólo parte de estos recursos se destinan para fundear una Política Social con grandes necesidades para revertir esta situación.⁴⁷

La necesidad de instrumentar una reforma fiscal se hace inaplazable y la discusión de cómo resolver el problema de aumentar los ingresos públicos, por una parte, y cómo eficientar el gasto, por la otra, se vuelve el tema central de la Administración Pública. En este punto es en donde la reforma del Sistema Nacional de Salud se vuelve relevante, ya que a través de un adecuado proceso de reforma, se puede mostrar el carácter redistributivo de una política fiscal, que por un lado aumente los impuestos y que por el otro, compense de una mayor manera a los más necesitados y permita la valorización del capital humano, sobre todo el de los más pobres, recordando que para el pobre su cuerpo es su principal activo y que estar saludable es el primer requisito que debe cumplir para estar en condiciones de trabajar y generar ingresos.

2.1.3 Política Fiscal y sustentabilidad de las reformas en salud

El papel de la Política Fiscal, como medio para sustentar económicamente servicios de salud de calidad, equitativos y eficientes que, por un lado, valoricen el capital humano y fomenten una redistribución del ingreso y por el otro, posibiliten el crecimiento y desarrollo económico es por demás relevante, ya que para lograr la cobertura universal de un sistema moderno de aseguramiento en salud, es indispensable contar con una importante cantidad de recursos públicos y estos deberán surgir de incrementos absolutos en el nivel de recaudación, que sólo serán posibles si se instrumenta una Reforma Fiscal.

En México se ha observado un nivel de recaudación fiscal muy por debajo del generado en países de la OCDE, debido a que el esquema tributario cuenta con diversas “exenciones”, perdiendo neutralidad, equidad y simplicidad y propiciando una pérdida recaudatoria estimada recientemente por la SHCP en 5.3 puntos del PIB.⁴⁸ (Cuadro 11)

Cuadro 11
Carga Fiscal Total en Países Seleccionados en 2000

Países de la OCDE			Países de la América Latina	
Países de la OCDE ^a	Carga Fiscal Total como % del PIB 2000	PIB Per Cápita ^b	Países ^a	Carga Fiscal Total como % del PIB
Alemania	23.1	22,855.6	Argentina	18.1
Canadá	30.7	26,904.5	Brasil	21.2
Corea	21.8	15,875.8	Chile	17.9
Dinamarca	46.5	26,608.3	Colombia	10.6
España	22.8	18,046.9	Costa Rica	12.1
Estados Unidos	22.7	33,293.0	Guatemala	10.2
Francia	29.0	22,357.7	México	15.4
Japón	17.2	24,675.3	Nicaragua	22.7
México	15.4	8,762.3	Perú	12.3
Reino Unido	31.2	22,189.7	Venezuela	12.8
Suecia	39.0	23,635.1	Promedio	14.5
Promedio OCDE	27.9	21,254.8	Desviación Estándar	3.9

^a Incluye todos los pagos de carácter obligatorio que se realizan al Gobierno Federal, excluyendo la Seguridad Social.

^b Dólares de 1996, ajustados por poder de compra.

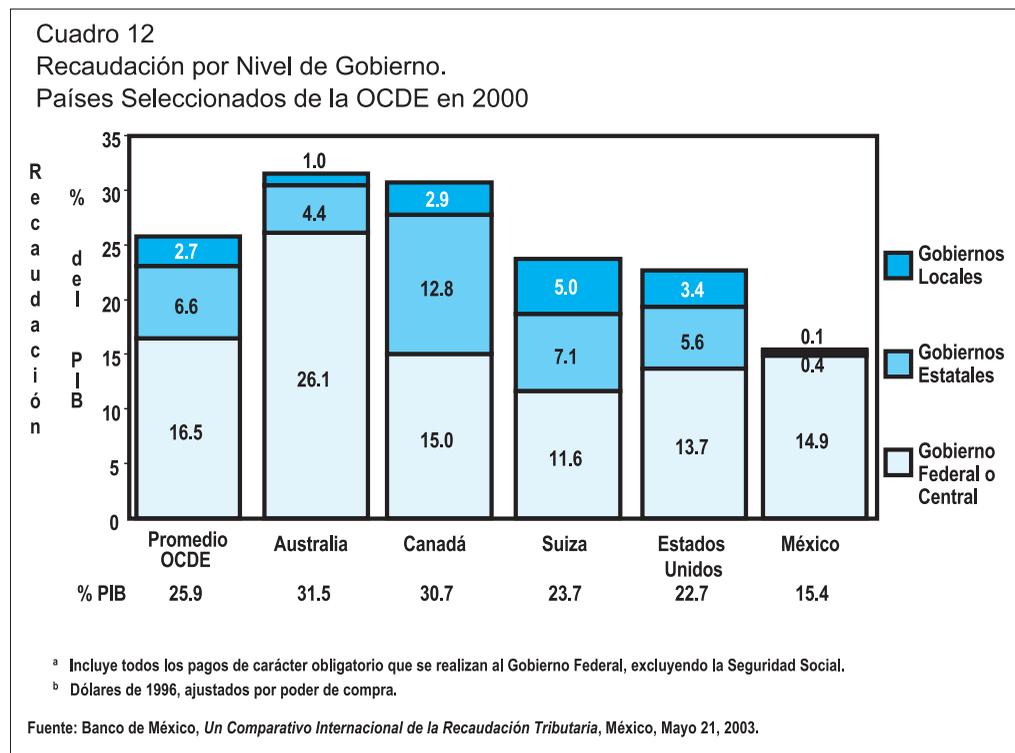
Fuente: Banco de México, *Un Comparativo Internacional de la Recaudación Tributaria*, México, Mayo 21, 2003.

En materia de Finanzas Públicas, es 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 los próximos años.

Asimismo, es importante aumentar la recaudación, porque se han incrementado las presiones por el lado del gasto, en el corto y mediano plazo, ya que es imperante elevar el gas-

to social, incluido el gasto público en salud, así como la inversión en infraestructura y financiamiento de las pensiones de los trabajadores del Gobierno Federal y Local.

Adicionalmente, es importante destacar que la estructura de la carga fiscal en México es inadecuada, pues presenta un desequilibrio en la recaudación por niveles de Gobierno, pues la recaudación que se obtiene a nivel Estatal y de los Gobiernos Municipales es casi nula. (Cuadro 12)



En México para poder aumentar la recaudación es necesario reorientar el Sistema Fiscal hacia los cinco principios básicos de una recaudación correcta:⁴⁹

1. *Equidad horizontal*: gravar igual a todos los agentes que tengan la misma capacidad contributiva.
2. *Equidad vertical*: gravar más a aquellos individuos con una capacidad contributiva mayor (progresividad).
3. *Eficiencia y neutralidad*: a través del diseño de la estructura impositiva una mayor neutralidad y generalidad de un sistema fiscal evita abrir oportunidades a la evasión y elusión fiscal.
4. *Competitividad*: implica mantener un nivel de competitividad fiscal frente a socios comerciales y competidores para mantener la inversión, el empleo y el acceso de productos mexicanos a los mercados internacionales.
5. *Simplicidad* al evitar regímenes de excepción, tratos preferenciales y privilegios, se reduce la resistencia al pago, lo que facilita y abarata a la autoridad detectar incumplimientos.

Los países de la OCDE al contar con un nivel de recaudación alto, pueden afrontar un gasto público elevado. Como ejemplo se observa que los países europeos analizados presentan, en el mejor de los casos, un gasto público cercano a niveles de 40% de su PIB y en el peor de los casos los países de la OCDE, presentan niveles de Gasto Público superiores a 20% de su PIB, excluyendo a México y Turquía, por lo que la recaudación y el gasto ejercidos en México resultan insuficientes para fundear las necesidades de salud, educación, desarrollo social, combate a la pobreza, infraestructura, seguridad, etcétera.

El nivel de recaudación fiscal, tiene efectos sobre los niveles de gasto público, el balance presupuestal, el financiamiento interno y externo y la deuda total como porcentaje del PIB. (Cuadro 13)

Cuadro 13
Comparación Internacional de la Política Fiscal en el 2000

País	Recaudación Actual como % del PIB	Gasto Público Total como % del PIB	Balance Presupuestal Total como % del PIB	Financiamiento Externo % del PIB	Financiamiento Interno % del PIB	Deuda Total como % del PIB
Alemania	31.3	32.7	- 0.9	0.6	- 0.1	20.0
Brasil	24.9	26.8	- 7.8			
Canadá	21.8	20.3	1.3	- 0.1	- 1.2	61.5
Chile	22.2	21.9	0.1	- 0.3	0.1	13.9
Estados Unidos	21.5	19.2	2.4	- 2.2	- 0.1	34.8
México	14.8	16.0	- 1.3	- 0.9	2.1	23.3
Perú	16.5	19.3	- 1.8	1.1	0.7	44.9
Reino Unido	36.0	36.0	0.0	- 0.4	0.3	

Fuente: Central government finances. 2003, World Development Indicators. The data on central government finances are from the IMF's Government Finance Statistics Yearbook, 2002 and IMF data files.

Asimismo, en el análisis comparativo internacional se observa que México presentó en 2000 una muy baja recaudación del impuesto general al consumo, tanto en la comparación con los países de la OCDE, como con los países de América Latina. (Cuadro 14)

La problemática de bajo nivel recaudatorio que enfrenta México, puede resolverse si se establece la necesidad de adoptar la estrategia formulada por los países de la OCDE, que se basa en:⁵⁰

a) Recargar la recaudación básicamente sobre los impuestos indirectos, es decir sobre los impuestos al consumo como el Impuesto al Valor Agregado-IVA; en lugar de recurrir a los impuestos directos como los del ingreso (Impuesto Sobre la Renta-ISR).

Cuadro 14

Impuesto General al Consumo en Países Seleccionados-2000

Países de la OCDE		Países de la América Latina	
Países de la OCDE	Recaudación por Impuestos Generales al Consumo % PIB ^a	Países ^a	Recaudación por Impuestos Generales al Consumo % PIB ^a
Alemania	7.0	Argentina	4.5
Canadá	5.2	Brasil	9.2
Corea	4.4	Chile	8.7
Dinamarca	9.5	Colombia	4.4
España	6.2	Costa Rica	4.5
Estados Unidos	2.2	Guatemala	4.7
Francia	7.7	México	3.5
Japón	2.4	Nicaragua	9.7
México	3.5	Perú	6.4
Reino Unido	6.9	Venezuela	4.0
Suecia	7.2	Promedio	5.5
Promedio OCDE	6.9	Desviación Estándar	2.2

^a Incluye Impuestos al Valor Agregado o a las ventas, mientras éstos sean de carácter general.

Fuente: Banco de México, *Un Comparativo Internacional de la Recaudación Tributaria*, México, Mayo 21, 2003.

b) Eficiencia: Organizar un sistema tributario con una composición más orientada a los impuestos sobre el consumo, ya que propicia mayores niveles de ahorro e inversión y, por tanto, una tasa más elevada de crecimiento económico, además de que es mucho menos compleja su recaudación y son difíciles de evadir y/o eludir.

Con base en los estándares internacionales, se observa que el país debería al menos doblar la participación de los impuestos al consumo de 3.5% del PIB al 7% para tener los recursos suficientes para fundear una Política Social.

c) Competitividad: Los gravámenes al ingreso encarecen la generación de empleos y reducen los rendimientos de la inversión, por lo que desalientan los flujos de capitales; mientras que los impuestos como el IVA son neutrales a los flujos comerciales. La creciente integración internacional ha reducido el margen para utilizar los impuestos directos como instrumentos de fortalecimiento recaudatorio.

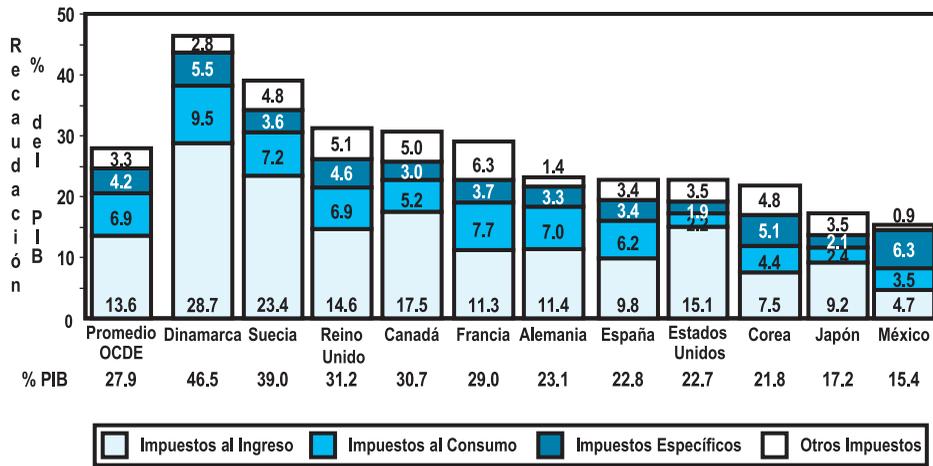
d) Equidad: La supuesta “Regresividad de los Impuestos Indirectos” queda contrarrestada cuando se analiza el efecto redistributivo de la Política Fiscal en su conjunto, al analizar el crecimiento de la asignación del Gasto Público hacia programas de compensación social o estrategias de Protección Social. Es más eficaz y económico, para los Gobiernos, lograr el objetivo redistributivo explorando la ventaja comparativa de cada instrumento o Programa (Oportunidades, Seguro Popular, etc.), además de que el ISR difícilmente logra una cobertura que asegure la tributación de las actividades informales, mientras que el IVA al gravar

el consumo logra captar, en alguna medida, ingresos provenientes de este tipo de actividades que contribuyen a mejorar la equidad tributaria.

e) Simplicidad: Una estructura general sin excepciones facilita la administración y disminuye la evasión.

Además, es importante destacar que la estructura de la carga tributaria del país es inadecuada y muy baja tanto en los impuestos al consumo como en relación a los impuestos al ingreso; por lo que no solamente hay que gravar con IVA los consumos, sino también aumentar los empleos de calidad y combatir la informalidad para aumentar los impuestos al ingreso. (Cuadro 15)

Cuadro 15
Estructura de la Carga Fiscal
en Países Seleccionados de la OCDE en 2000



^a Incluye todos los pagos de carácter obligatorio que se realizan al Gobierno Federal, excluyendo la Seguridad Social.
^b Dólares de 1996, ajustados por poder de compra.

Fuente: Banco de México, *Un Comparativo Internacional de la Recaudación Tributaria*, México, Mayo 21, 2003.

A continuación se identifican cinco mecanismos de alineación y convergencia entre la Política Fiscal y la Política de Salud.

1. La alineación de incrementos en la Política Fiscal Recaudatoria con aumentos en la Política Fiscal de Gasto Público en Salud

Un aumento de la base gravable, a través de la homologación y estandarización de impuestos indirectos (i.e. gravámenes al consumo), puede representar una veta de crecimiento en primer lugar a la recaudación real del Estado y en segundo lugar para el incremento del Gasto Público asignado a Programas Sociales, incluida la salud, para la valorización del capital humano. Dándose de esta forma una redistribución del bienestar, al mismo tiempo que se reequilibra la regresividad que puede implicar un impuesto generalizado al consumo.

Se observa que al aumentar la base tributaria a través de impuestos indirectos, el sector informal de la economía contribuye a la recaudación de manera significativa y esto posibilita que se puedan diseñar nuevos “Programas de Compensación Social” o “Protección Social”, para los individuos sin seguridad social, como el Seguro Popular de Salud, de modo que se transite hacia un Sistema de Aseguramiento Universal que reduzca la posibilidad de las familias de empobrecerse por motivos de salud.

Adicionalmente, el significativo crecimiento de la informalidad trae consigo costos, tanto para el fisco, como para el Sistema de Salud, debido a que la recaudación directa de impuestos sobre el ingreso se ve disminuida y se crean costos adicionales para el sistema de provisión de servicios de salud, ya que la cobertura de servicios médicos con la que cuenta la población que se desenvuelve en la informalidad es deficiente o nula, además del *costo hundido*, que implica una pérdida de capacidades productivas por una alta propensión a enfermarse, dada la baja inversión y monitoreo existente para el capital humano.

Se debe considerar que el Gasto Público en Salud, como proporción del PIB en México, es considerablemente más bajo que en otros países, y en 2003 representó apenas del 3.3% del PIB. Esta situación ocasiona una insuficiencia en los fondos públicos para financiar programas de compensación y solventar demandas de atención médica para los más pobres, especialmente los que no cuentan con seguridad social, por lo que estas poblaciones se ven obligadas a gastar de su bolsillo produciendo un determinante de empobrecimiento.

De 1992 a 2002 una proporción, que varía de 16% a 19.6%, de los hogares más pobres que tuvieron gastos en salud sufrieron gastos catastróficos, es decir gastos que representaron más del 30 por ciento de su ingreso.⁵¹ Este gasto implica que para solventar gastos en salud excesivos la familia tiene que vender patrimonio o endeudarse, para afrontar gastos ineludibles en atención médica.

Con base en los estándares internacionales y las recomendaciones de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud⁵² se requieren *incrementar los Fondos Públicos en Salud en 1.5 puntos porcentuales del PIB*, para alcanzar un Gasto Público en Salud de 4.8 puntos del PIB, manteniendo por lo menos el Gasto Privado en 2.9 puntos del PIB, con su radical transformación de “gastos de bolsillo” a “gastos en pre-pagos” o “contribuciones para el aseguramiento voluntario” y alcanzar una cifra nacional de Gasto en Salud de 7.7 del PIB.

Entonces, la Política Fiscal en su dimensión de Incremento de la Recaudación-Aumento del Gasto Público para redistribuir el ingreso, entraría en sinergia con la Política en Salud, al canalizar más recursos para subsidiar los Programas de Compensación en Salud y evitar en la esfera familiar gastos privados de bolsillo, catastróficos, que empobrezcan a la población. Esto, si se consiguen alinear racional y eficientemente los tres elementos: mayor recaudación, mayor gasto efectivo y esquema de financiamiento tendiente a la equidad.

2. La alineación de la Política de Salud-Seguro Popular con Medicamentos incluidos para los pobres, con la estrategia de Reforma Fiscal-IVA Generalizado sin exenciones ni tasas cero

La reforma fiscal en México tiene como uno de sus principales obstáculos, la oposición de la sociedad civil y la de los partidos políticos al cobro de IVA a Medicinas.

La discusión sobre la pertinencia de una reforma fiscal se debe modificar y trasladar el tema del lado del ingreso al lado del Gasto Público, mandando un mensaje simple y claro a la sociedad en general: *¡Sí al cobro de IVA a Medicamentos condicionado a que los pobres no gasten de su bolsillo en medicinas!*

Para desatorar la reforma fiscal, la cabeza del sector salud deberá tomar una posición muy activa y comprometerse con la población para otorgar medicamentos gratuitos a los pobres, siempre y cuando sean pertinentes y estén dentro del Cuadro Básico de Medicamentos. Este compromiso es de gran envergadura y requiere replantear los cambios organizacionales que sean necesarios instrumentar al interior de las instituciones para otorgar, racionalmente, medicamentos gratuitos. Se recomienda revisar la reforma Argentina “Remediar” que garantiza la distribución de medicamentos a los pobres.⁵³

El tema del cobro de IVA a los medicamentos es muy sensible para la sociedad civil, debido a que según la Encuesta Nacional Ingreso Gasto de los Hogares 2004, el gasto de bolsillo en Medicamentos para los más pobres en México representó el 66% de su gasto de bolsillo en salud, compuesto por 28.6% “Medicamentos Recetados” y 37.3% “Medicamentos sin Receta”, por lo que resulta obvio que la ciudadanía se oponga al IVA a los medicamentos, pues éstos se encarecerían. No obstante, es importante difundir un mensaje claro referente a que *si la población reduce su gasto de bolsillo en medicamentos al contar con medicamentos gratuitos, se podría destinar mayor gasto familiar hacia otro tipo de rubros, como el gasto en comunicaciones, alimentación, vivienda etc.; y se podría estimular la economía tanto a nivel familiar como nacional.*

Finalmente, el garantizar medicamentos gratuitos dentro del Seguro Popular de Salud, tendría otros dos efectos importantes para detonar el desarrollo económico: por una parte, crecería el consumo agregado de medicamentos para el país, garantizando el acceso a medicinas caras a sectores de la población que dada su restricción presupuestal actualmente no las pueden obtener, lo que significaría una expansión para la industria químico farmacéutica asentada en el país y por el otro, se podría reducir significativamente la automedicación que pone en riesgo la salud de grandes sectores poblacionales.

3. Estructuración de Impuestos Específicos. Caso del impuesto al tabaco

Una de las herramientas más conocidas de política para la disminución de consumos nocivos, es el impuesto. En materia de salud, existen recomendaciones específicas para la creación y aplicación de impuestos, a menudo asociadas con el interés de inhibir el consumo de bienes dañinos para el organismo. Un ejemplo de lo anterior es el impulso al impuesto al tabaco.

En principio, la elasticidad-precio del bien⁵⁴ tendrá gran influencia en la determinación de la incidencia real del impuesto (quién lo paga finalmente) y en los efectos de sustitución.

El impuesto al tabaco, por ejemplo, en general lo paga el consumidor final, pues la elasticidad-precio del cigarro es muy baja (cerca a cero), lo cual quiere decir que a pesar de un cambio desfavorable al valor del tabaco en la relación de los precios, quienes fuman no están dispuestos a abandonarlo (o no pueden). Esta baja elasticidad favorece los objetivos de recaudación. Sin embargo, altas tasas impositivas al tabaco pueden desalentar

el consumo en adolescentes que se inician en la adicción, ya que la elasticidad-precio del tabaco para personas que no reciben un ingreso regular como los adolescentes es mucho más elevada.

Se considera que la estrategia de buscar apoyos económicos con la industria tabacalera, para tratar problemas de salud asociados con el tabaco, puede ser una alternativa pero requiere de una mayor evaluación.

4. El cambio en la arquitectura financiera de los fondos públicos, la modificación de los “Ramos”

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), junto con las instituciones del sector salud, requieren replantear y modificar la arquitectura financiera al menos de los Ramos 12, 13, 19, 28 y 33 para dar sustento económico a los derechos ciudadanos en salud, los derechos por cotización en salud y los derechos solidarios en salud, estableciendo canales de asignación definidos para los “Bienes Públicos en Salud”, “La Atención Primaria a la Salud” y la “Atención Especializada”, las contribuciones de la seguridad social obrero-patronales y los co-pagos; generando un contexto programático y presupuestal para que las instituciones de salud operen efectivamente como aseguradoras de salud con las funciones, los instrumentos y la estructura financiera para administrar los riesgos en salud y económicos.

5. El cambio en la corresponsabilidad entre niveles de gobierno

La SHCP, junto con las instituciones del sector salud y representantes de los 3 niveles de gobierno deben replantear las responsabilidades asumidas para incrementar y diversificar las fuentes de financiamiento para la atención a la salud y establecer un estricto proceso de monitoreo, fortaleciendo el “Sistema de Cuentas Nacionales en Salud”.

53

2.2 Contexto social, laboral, educativo y ambiental y políticas de salud

El propósito del capítulo es el de identificar sinergias entre los diferentes sectores de la economía, a fin de transitar de un conjunto de políticas sociales, que pueden tener un gran valor en sí mismas, hacia un *Sistema de Desarrollo Socio Económico Integrado* que sume logros sectoriales y mejore sustancialmente la calidad de vida y los derechos ciudadanos adquiridos.

Este tránsito implica la identificación de sinergias entre 5 sectores: salud, desarrollo social, empleo, educación y ambiente; así como en la estructuración de propuestas conjuntas, por lo que se requiere innovar para interactuar de una mejor manera. Esta nueva interacción debe ser diseñada con mucho cuidado pues se pueden afectar aspectos relevantes en las instituciones como sus derechos, recursos, diseños organizacionales y funcionales, así como los patrones de distribución de sus beneficios.

El nuevo “Sistema de Desarrollo Socio-Económico Integrado” implicaría, en resumen, la transformación estructural de la Administración Pública y las instituciones que la conforman, en una reingeniería que permita elevar el costo-efectividad de sus intervenciones.

En este apartado se presenta el contexto social en que se desarrollan las políticas de salud y se analizan cuatro grandes áreas: el desarrollo social, el combate a la pobreza y la desigualdad, el empleo, la educación y el medio ambiente.

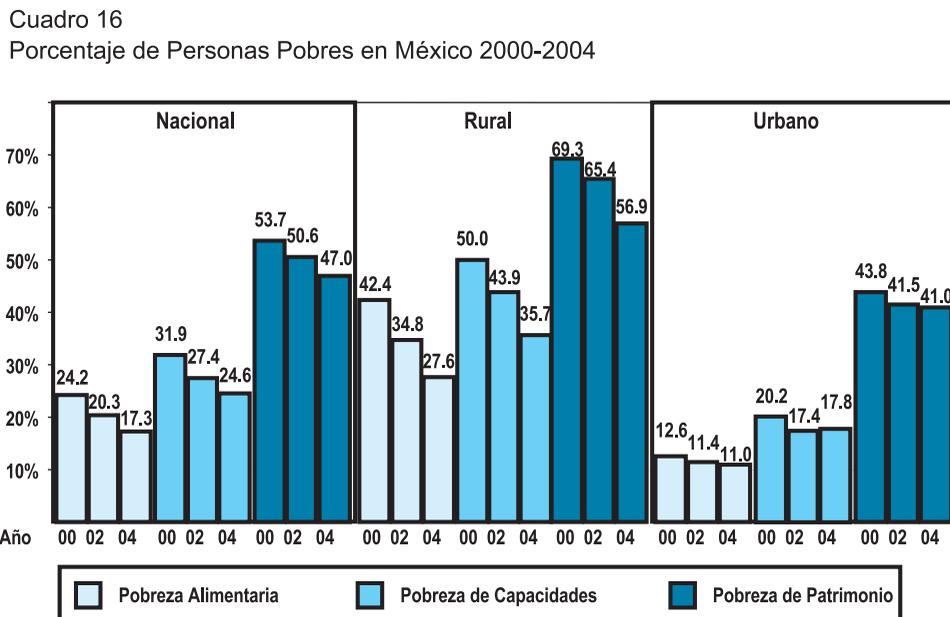
2.2.1 Política de Desarrollo Social y sinergia con la Política de Salud

Aquí trataremos de abordar la situación en materia de desarrollo social, pobreza y desigualdad en México, así como las líneas de acción para fortalecer el desarrollo social del país a partir de identificar sinergias.

La pobreza puede ser concebida como una privación multidimensional, en donde la imposibilidad de obtener cierta especificación de activos —ingresos, bienes de consumo y/u otros elementos del bienestar— identifica a quién es pobre. No existe sólo un tipo de pobreza y no es conveniente confundir el concepto de pobreza con otros conceptos distributivos, como la desigualdad, marginalidad y exclusión.⁵⁵

La Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS, propone la salud, la educación y el ingreso, como los tres pilares del desarrollo económico. El bienestar y la riqueza generan salud, la salud incrementa el capital humano y ello se refleja en indicadores de crecimiento económico. El círculo se conserva porque los países con mayor salud tienen una mejor posición para prosperar.⁵⁶

La situación de la pobreza en México, presenta una disminución en todos los tipos de pobreza de 2000 a 2004. (Cuadros 8 y 16)



Fuente: *Medición de la Pobreza 2002-2004*, Comité Técnico para la Medición de la Pobreza en México, Junio 14, 2005.

No obstante, el estado actual de la población de escasos recursos en México refleja una serie de restricciones, de entre las que destacan: a) la falta de empleo bien remunerado y de calidad; b) la falta de acceso a servicios educativos y de salud de calidad; c) la falta de ingreso para que los hogares puedan invertir en el capital humano de sus integrantes; d) la ausencia de mecanismos de aseguramiento y ahorro; e) el limitado acceso a instrumentos de capacitación, crédito, asesoría técnica y comercialización para poner en marcha iniciativas productivas y poder acceder a empleos; f) escasos apoyos en el caso de las mujeres para poder combinar actividades del hogar con actividades económicas; g) la insuficiencia de mecanismos para poder contar con una vivienda digna; y h) el deterioro del capital social, e intensificación de problemas de inseguridad, comunicación y desprotección social.

Los niños pobres pequeños, y en especial los que viven en comunidades rurales e indígenas, están expuestos a una mayor incidencia de enfermedades y desnutrición que obstaculizan el desarrollo de sus capacidades físicas e intelectuales. Durante la edad escolar una alimentación deficiente y un precario estado de salud repercuten sobre el desempeño escolar, provocando rezagos educativos o incluso el abandono escolar.⁵⁷ Esto es resultado de la condición crítica de pobreza en los pueblos indígenas y en las zonas rurales. (Cuadro 17)

Cuadro 17
 Numeralía de la Pobreza Indígena y Rural en México en el 2000

Pobreza Indígena
• A nivel nacional 8.4% de los hogares son indígenas. (El jefe del hogar habla alguna lengua indígena)
• Los Grupos Indígenas han permanecido secularmente en el rezago y la marginación; estudios diversos muestran que los indígenas en México presentan menor esperanza de vida, limitadas oportunidades educativas y de inserción laboral pues sólo pueden acceder a empleos de baja remuneración (SEDESOL Comité Técnico para la Medición de la Pobreza).
• 73% de los hogares indígenas se ubican en el grupo de menores ingresos.
• Los hogares indígenas tienen en promedio 5 integrantes.
• Índice de dependencia elevado debido a que hay más de dos personas que no trabajan por cada trabajador
• El porcentaje de población analfabeta es tres veces mayor que el promedio nacional.
• Más de la mitad de los hogares indígenas habitan en el medio rural.
Pobreza Rural
• En México una cuarta parte de los hogares se encuentra en el contexto rural (localidades con menos de 2,500 habitantes).
• Dos de cada tres hogares con menores ingresos (que están en el 1° cuartil) son rurales
• Todos los hogares rurales se ubican en los dos primeros cuartiles de ingreso.
• Sólo 24% de los hogares rurales cuentan con seguridad social.
• Una tercera parte de los hogares conformados por mayores de 65 años (800 mil hogares) están en el sector rural y 40% de los hogares pertenecen al 1° cuartil de Ingreso.

Fuente: SEDESOL, Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006.

Si las políticas sociales se orientan a eliminar estas restricciones, se podrá generar un círculo virtuoso de acumulación de activos y generación de oportunidades que permitan a las personas alcanzar mejores niveles de vida por su propio esfuerzo.⁵⁸

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.⁵⁹

Sin embargo, los niveles de pobreza heredados siguen siendo alarmantes. A su vez, es importante recordar que el mejoramiento de la calidad de vida de los pobres debe implicar; por un lado, una mejoría en los determinantes de la salud como: la mejora en sus condiciones materiales de vida, en especial drenaje, agua potable, regulación sanitaria, y por el otro; el mejoramiento de los estilos de vida y el autocuidado de la salud.

Es evidente que en México al problema de la pobreza se le debe sumar el problema de la desigualdad pues se ha polarizado, concentrándose el ingreso en muy pocos hogares y la miseria en muchos.

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, etc. La multidimensionalidad de la desigualdad y la pobreza, ayuda a explicarlas más allá de los aspectos monetarios, ya que no sólo el ingreso determina el grado de polarización y marginación que padece un grupo social, sino su acceso a oportunidades.⁶⁰

Roemer (1998) define a las "... oportunidades como el conjunto de circunstancias que afectan los resultados de las personas, pero que no dependen de sus propios esfuerzos o decisiones, sino que en su lugar, son determinadas por factores que están fuera de su control".⁶¹

Así es que el combate a la pobreza debe incorporar no sólo medidas relativas al ingreso y a su distribución, sino que también debe incluir otros factores no monetarios, que pueden englobarse dentro del concepto de "Igualdad de Oportunidades" o igualdad de posibilidades de desarrollo, para reducir las brechas.

En México la desigualdad en la distribución del Ingreso es muy grande, baste con hacer notar que a finales de los noventa, el 10% de la población más pobre sólo captaba el 1.1% del ingreso mientras que el 10% más rica concentraba más del 40% del Ingreso, por lo que presentaba un Coeficiente de Gini de 0.50 en 2000. México presenta Ginis alrededor de 0.50 con una elevadísima concentración, de casi el 40% del ingreso en manos del 10% de las familias más ricas. (Cuadro 18)

México al ser un país muy desigual en términos de distribución del ingreso, presenta serias dificultades para combatir eficazmente la pobreza y acelerar su desaparición; por lo que para lograr los objetivos de desarrollo social debe presentar altas tasas de crecimiento económico, elevados niveles de empleo y una Política Social que garantice la igualdad de oportunidades para el desarrollo de las personas.

Además, la Política Social con objetivos de redistribución del ingreso es una condición necesaria, más no suficiente para atacar la desigualdad y combatir la pobreza ya que además se necesita lograr un crecimiento económico sostenido y una intensa creación de empleos de calidad en el sector formal.

A su vez, México en 2002 presentó un nivel medio alto en cuanto al "Índice de Desarrollo Humano" (IDH) de 0.796; ocupando el lugar número 54.⁶² Sin embargo, cuando se desagrega el índice por región y sub-índice se observa el componente más rezagado que es

Cuadro 18
Distribución del Ingreso México 1992-2000

Evolución de la Distribución del Ingreso en México 1992-2000					
Decil de Ingresos	% Participación del Ingreso Corriente Monetario				
	1992	1994	1996	1998	2000
I	1.00	1.01	1.24	0.92	1.11
II	2.27	2.27	2.56	2.22	2.40
III	3.36	3.27	3.56	3.24	3.33
IV	4.38	4.26	4.60	4.33	4.32
V	5.45	5.35	5.67	5.47	5.47
VI	6.77	6.67	6.99	6.86	6.92
VII	8.62	8.43	8.78	8.76	8.65
VIII	11.22	11.2	11.38	11.59	11.29
IX	16.09	16.3	16.15	16.42	16.47
X	40.84	41.24	39.07	40.19	40.04
Total	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Tasa de Crecimiento Económico	4.2	2.0	5.2	5.0	6.9
Coefficiente de Gini	0.5086	0.5137	0.4885	0.5092	0.5030

Fuente: INEGI, ENIGH 2000, México.

57

el que da cuenta del empleo-ingreso y son las regiones de “Occidente” y la “Sur” las que presentan rezagos. (Cuadro 19)

El IDH captura 3 dimensiones importantes en su medición a través de las cuales trata de medir las condiciones para alcanzar un “desarrollo humano real”:

1. Salud, utilizando el indicador de “Esperanza de Vida al Nacer”, con límite inferior de 25 años y superior de 85.

2. Educación, utilizando 2 indicadores: “Tasa de Alfabetización” con una ponderación de 2/3 y “Tasa de Matriculación en los Niveles de Primaria, Secundaria y Educación Superior” con ponderación de 1/3.

3. PIB per Cápita Ponderado, con un mínimo de ingreso de 100 dólares y un máximo de 40,000 dólares.

Es importante mencionar que en la medición del IDH México, en 2002, alcanzó la cifra de 0.802,⁶³ con lo que el país se clasificó entre los países con desarrollo humano alto, esto debido principalmente a los avances recientes contra la pobreza extrema. Sin embargo, la pobreza y la desigualdad persistentes no permiten decir que se tiene un país con adecuados niveles de bienestar.

Una última consideración importante, en relación con el combate a la pobreza y la desigualdad, es que en recientes investigaciones se ha detectado que no basta con otorgar

Cuadro 19
Índice de Desarrollo Humano para Distintas Regiones de México en 2002

Posición Según IDH	Región ^a	Índice de Esperanza de Vida ^b	Índice de Educación	Índice de PIB ^b	IDH
1	Noreste	0.8501	0.8510	0.8004	0.8339
2	Centro	0.8499	0.8373	0.7838	0.8237
3	Noroeste	0.8491	0.8510	0.7649	0.8217
4	Occidente	0.8392	0.8089	0.7092	0.7858
5	Sur	0.8098	0.7677	0.6642	0.7472

Retraso

Retraso

• Noreste:	Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León y Tamaulipas.
• Centro:	Hidalgo, México, Morelos, Puebla, Tlaxcala y Distrito Federal.
• Noroeste:	Baja California, Baja California Sur, Sinaloa y Sonora.
• Occidente:	Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Querétaro, San Luis Potosí, y Zacatecas.
• Sur:	Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán.

^a La regionalización corresponde a la definida por el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.

^b Promedios ponderados por la población de cada entidad.

Fuente: Con Base al Cuadro A, del Apéndice Estadístico, Tabla 3.3.2.2. IDH de México por regiones. Informe sobre Desarrollo Humano..., Cuadro 1.2, pág. 26. Nota: Calculado a partir de datos del año 2000.

transferencias monetarias directas a las comunidades que se encuentran en Pobreza Alimentaria y garantizar educación, atención médica y nutrición para que salgan de la trampa de la pobreza. Se ha documentado que hay otros factores propios de la persona como son su autoestima, sus valores, creencias, *locus* interno, etc., que son determinantes para que una familia salga adelante con la ayuda monetaria proporcionada por el Estado, o bien que se estanque de manera permanente en la miseria, independientemente del apoyo económico recibido.⁶⁴ Esto quiere decir que además de proporcionar ayuda en dinero es necesario otorgar un apoyo psicosocial profesional, que ataque de manera focal estos aspectos, para evitar que las transferencias monetarias se transformen en ayudas asistencialistas permanentes.

Como resumen de la situación dramática 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 logre igualar el acceso a oportunidades y potenciar las sinergias positivas entre salud, educación y bienestar, podrían ser efectivas para lograr detonar el cambio que México siempre ha buscado: salir del subdesarrollo y mejorar la calidad de vida de los mexicanos.

A continuación se identifican cinco mecanismos de alineación y convergencia entre la Política de Desarrollo Social y la Política de Salud.

1. La garantía de recursos financieros, humanos y materiales para lograr la cobertura universal del Seguro Popular de Salud para población en Pobreza Alimentaria y Pobreza de Capacidades

Se deben garantizar los recursos y mejorar la capacidad de respuesta institucional a fin de lograr, antes del año 2010, la cobertura universal del seguro popular a los más de 25 millones de mexicanos que vivían en 2004 en condiciones de Pobreza de Capacidades o Pobreza Alimentaria, con la finalidad de que estas poblaciones no tengan que gastar de su bolsillo para actividades de salud y educación.

2. La focalización de acciones en salud, ampliación del paquete de beneficios e introducción de incentivos especiales a los trabajadores de salud para combatir el rezago que presentan la población rural dispersa y la población indígena

Se requiere ampliar el paquete de beneficios, para intensificar las acciones de salud y combatir el rezago en los índices de salud que sufre la población en condiciones de Pobreza Alimentaria y Pobreza de Capacidades, así como la población rural dispersa y la población indígena.

Estos paquetes deben incluir intervenciones cuyo objetivo sea atacar el rezago e incluir mejoras en la atención de problemas de salud como: la Infección Respiratoria Aguda, las Diarreas, el Paludismo, el Dengue, la Tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, los accidentes y violencia, así como los padecimientos relacionados con estilos de vida inadecuados como alcoholismo y adicciones que surjan de los diagnósticos de salud de poblaciones marginadas.

La evaluación del Programa de Arranque Parejo en la Vida y su fortalecimiento, para garantizar la cobertura universal del parto por profesionales de la salud debe ser una meta.

Asimismo, es necesaria la introducción de incentivos al desempeño especiales para atraer y retener al personal de salud que trabaje en el área rural dispersa, así como en comunidades indígenas. Además, se requiere canalizar una mayor cantidad de recursos para que los apoyos respeten y consoliden la identidad cultural de los pueblos indígenas.

3. La complementariedad de las transferencias monetarias 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

Es necesaria la incorporación de un paquete de beneficios, relacionados con múltiples intervenciones en materia de apoyo psicosocial, a fin de mejorar las condiciones de las personas para que les permitan su desarrollo personal y social.

4. El fortalecimiento de las acciones en saneamiento básico, drenaje, agua potable y vivienda para la población que vive en condiciones de Pobreza

Se requiere la evaluación y preservación, en su caso, de los programas sociales dirigidos al

mejoramiento de las condiciones materiales de vida, como el Programa Habitat, los programas de saneamiento básico, drenaje y agua potable.

5. La ampliación de los programas de nutrición dirigidos a los pobres

Las acciones relacionadas con la nutrición han probado ser muy importantes en las evaluaciones de los programas sociales por lo que se recomienda su ampliación para atacar no sólo el problema de la desnutrición, sino también el de la mala alimentación y la obesidad que también están atacando a las familias que viven en condición de pobreza.

2.2.2 Política Laboral y sinergia con la Política de Salud

Para México es apremiante la necesidad de procurar una política de empleo que propicie el bien común, de forma que coadyuve a disminuir las graves desigualdades sociales, promoviendo la productividad y competitividad de la fuerza de trabajo del país, a fin de contribuir a generar un desarrollo económico dinámico, sostenible, sustentable e incluyente.⁶⁵

El empleo tiene repercusiones directas sobre los niveles de salud, ya que a la población que vive en condiciones de alta marginación —caracterizada por condiciones materiales de vida precarias y estilos de vida poco saludables— al sumársele la falta de empleo, o bien formas de autoempleo que no están asimiladas al sector formal, generan 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 y a la falta de ingresos por incapacidad para trabajar.

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.

La Organización Internacional del Trabajo, publicó un documento en el que se revisó el estatus del mercado de trabajo a nivel mundial, así como la interacción que con distintos ámbitos guarda la Política Laboral entre diferentes regiones del mundo.⁶⁶

Se estimó para 2003 un total de 186 millones de personas desempleadas, de las cuales 88 millones serían jóvenes y 36 millones mujeres, con tasas de desempleo por región de 6.2% para el mundo, 6.8% para los países industrializados y 8% para América Latina, siendo alarmante la tasa de desempleo juvenil para América Latina alcanzando una cifra de casi 14%. (Cuadro 20)

En el caso México, el porcentaje de población desocupada abierta entre los 20 y 24 años en 2004 fue de 7.7%, lo cual es alarmante 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. (Cuadro 21)

El “bono demográfico” por el que atraviesa México, caracterizado por contar con una población en sus veintes, con baja tasa de fecundidad y baja tasa de dependencia, no puede ser del todo aprovechado si no se le garantiza a estos jóvenes un empleo. Uno de los efectos negativos es que el país no podrá desarrollarse en forma más acelerada y los jóvenes

Cuadro 20
Tendencias Mundiales del Empleo (OIT, 2004)

Desempleo en el mundo (millones)	2001			2002			2003		
Total	176.9			185.4			185.9		
Jóvenes Total	82.9			86.5			88.2		
Jóvenes Mujeres	33.9			35.2			35.8		
Tasa de desempleo por región y sexo (%)	2001			2002			2003		
	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres
Mundo	6.1	6.3	6.0	6.3	6.5	6.2	6.2	6.4	6.1
Economías Industrializadas	6.1	6.4	5.9	6.8	7.0	6.7	6.8	7.0	6.7
América Latina	9.0	11.3	7.6	9.0	11.2	7.6	8.0	10.1	6.7
Crecimiento Económico y proyecciones (variación % anual)	2000	2001	2002		2003	2004			
Mundo	4.7	2.3	3.0	3.2	4.1				
Economías Industrializadas	3.6	0.8	1.7	1.8	2.8				
América Latina	4.0	0.6	-0.1	1.6	4.2				
Tasa de Desempleo Juvenil por Región y Sexo (%)	2001			2002			2003		
	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres
Mundo	20.6	17.8	22.7	21.1	18.4	23.2	21	18.4	23.1
Economías Industrializadas	13.9	13.7	14.0	14.3	14.1	14.5	14.4	14.2	14.5
América Latina	13.2	15.4	12.3	13.6	15.7	12.7	13.9	15.9	13.0

Fuente: *Tendencias Mundiales del Empleo (Enero 2004)*, Oficina Internacional de Trabajo, Organización Internacional del Trabajo, Primera Edición, Ginebra, Suiza, 2004.

Cuadro 21
Indicadores Seleccionados de Empleo y Desempleo en México
2002, 2003 y 1° Trimestre 2004

Concepto	2002			2003			1°T - 2004		
	General	Hombres	Mujeres	General	Hombres	Mujeres	General	Hombres	Mujeres
Población Económicamente Activa (PEA)	55.0	73.4	38.5	55.6	73.5	39.3	56.2	73.8	40.2
Tasa de Desempleo Abierto	2.7	2.7	2.8	3.3	3.1	3.5	3.8	3.5	4.1
Población Desocupada Abierta por: Grupos de Edad									
12 - 19 años	6.6			8.3			8.6		
20 - 24 años	5.2			6.5			7.7		
25 - 34 años	2.6			3.1			3.9		
35 - 44 años	1.5			1.8			2.2		
45 años y más	1.2			1.5			2.0		
Nivel de Instrucción.									
Sin Instrucción	1.0			1.0			1.0		
Primaria Incompleta	3.8			4.7			5.5		
Primaria Completa	12.0			11.4			9.2		
Secundaria Incompleta y Completa	36.3			35.2			36.2		
Medio Superior y Superior	46.7			47.8			48.1		
Rama de Actividad.									
Transformación	28.1			27.7			26.2		
Servicios	33.3			32.7			32.7		
Comercio	19.9			20.4			23.8		
Otros	18.6			19.3			17.3		

Fuente: *Encuesta Nacional de Empleo Urbano (Abril 2004)*, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), www.inegi.gob.mx, fecha de consulta: 24 / abril / 2006.

desempleados tendrán como opción ocuparse en el sector informal o migrar hacia otros países con lo que se perderá una gran cantidad y calidad de capital humano.

En 1995, en México, el 81.1% de la población ocupada obtenía ingresos por su actividad económica. Para el 2000, la proporción ascendió a 86.5%. Esto significa, que en el periodo referido la inclusión de nuevos trabajadores al sector formal tuvo una tendencia ligeramente alcista. Es importante resaltar que, para este mismo periodo se redujo la proporción de trabajadores que recibían menos de uno y entre uno y dos salarios mínimos, en 3.1 y 2.4 puntos porcentuales respectivamente y por el otro, la población que recibía como pago más de dos y hasta cinco salarios mínimos avanzó 7.7 puntos porcentuales, pues de 23.9% en 1995 pasó a 31.6% en el año 2000, significando la recuperación paulatina de las remuneraciones.⁶⁷

A partir del 2001, la recuperación del empleo evoluciona para México, pero bajo una tendencia y una trayectoria regidas por la lentitud de los efectos en la economía real, derivada de la lenta recuperación del crecimiento y la demanda interna.⁶⁸

El fenómeno de crecimiento económico sin mayores tasas de ocupación, ante una dinámica demográfica imparable, resulta en el mediano plazo en complicaciones para recuperar los puestos y oportunidades que se dejaron de crear.

En México, un poco más del 50% de las familias que reciben uno o dos salarios mínimos al mes, que en 2004 fue de \$43.29 pesos por día, tuvieron un ingreso en un rango de \$1,298.91 a \$2,597.82 pesos al mes, lo cual resulta a todas luces insuficiente para mantener a una familia compuesta por 2 a 5 integrantes. Si se incluyera en el análisis al rango de 2 a 5 salarios mínimos, el ingreso que resulta sería también insuficiente para cubrir necesidades de educación, salud y vivienda al 100% (\$6,494.55 pesos al mes).

Al observar cifras sobre el desempleo abierto en México, se esclarece cuál es el estatus de este rubro y cómo puede tener fuertes impactos en las posibilidades del estado de salud de la población.

En el desempleo abierto, “se considera desempleada a la Población Económicamente Activa (PEA) que no trabajó ni una hora y buscaba activamente un empleo en la semana anterior a la fecha de levantamiento de una encuesta especializada para detectarlos”.⁶⁹ Si se considerara a los trabajadores que no cuentan con un empleo fijo y un ingreso constante (informales), esta cifra sería mucho mayor.

En el cuadro 21, se observa como en 2004 las cifras de desempleo abierto aumentaron para todos los grupos de edad, alcanzando el 8.6% para la población de 12 a 19 años; a su vez, se observan tasas muy elevadas que alcanzaron el 48.1% para personas con nivel medio superior y superior y tasas del 32.7% en la rama de servicios.

Si bien son ciertas las mejoras salariales conseguidas, en el quinquenio 1995-2000 que fueron un buen indicador de algunos avances en materia laboral para la economía mexicana, el aumento de las plazas laborales formales no alcanzó a cubrir la demanda de empleo en México.

En las series de “desempleo abierto por entidad federativa en localidades de más de 15,000 habitantes”, se observan tasas elevadas para el Distrito Federal de 2.9%, Tlaxcala de 2.4% y el Estado de México 2.2%. (Cuadro 22).

El desempleo abierto tiene impactos negativos en la salud de la población. En contraste un empleo de calidad tiene efectos positivos sobre las condiciones de vida, el bienestar y la

Cuadro 22
Series de Desempleo Abierto y Porcentaje de Población
En Localidades de más de 15,000 habitantes por Entidad Federativa en el 2000

Entidad Federativa	Desempleo Abierto	% Población en Localidades de > 15,000 Habitantes	Entidad Federativa	Desempleo Abierto	% Población en Localidades de > 15,000 Habitantes
Aguascalientes.	2.0	72.86	Morelos.	1.6	59.39
Baja California.	1.5	83.97	Nayarit.	1.1	41.82
Baja California Sur.	1.7	63.11	Nuevo León.	1.8	88.77
Campeche.	1.4	52.96	Oaxaca.	0.5	22.47
Coahuila.	1.9	84.28	Puebla.	1.5	44.43
Colima.	1.2	70.16	Querétaro.	1.7	50.97
Chiapas.	1.2	28.61	Quintana Roo.	0.9	73.17
Chihuahua.	1.0	75.42	San Luis Potosi.	0.9	47.20
Distrito Federal.	2.9	98.83	Sinaloa.	1.9	52.65
Durango.	1.6	50.94	Sonora.	1.7	71.84
Guanajuato.	1.4	58.37	Tamaulipas.	1.9	34.22
Guerrero.	0.6	39.00	Tabasco.	1.6	78.62
Hidalgo.	1.8	30.60	Tlaxcala.	2.4	38.59
Jalisco.	1.4	71.36	Veracruz.	1.3	41.70
México.	2.2	72.93	Yucatán.	0.9	58.85
Michoacán.	1.4	43.92	Zacatecas.	0.9	33.56

Fuente: INEGI, *Guía de conceptos, uso e interpretación de estadística sobre fuerza laboral en México*, INEGI, México 2002.

salud de la población. Para que un empleo se considere “empleo de calidad” debe el cubrir al menos con 4 requisitos: 1. remuneración adecuada y legal, 2. respeto a la dignidad humana, 3. Seguridad Social con los 5 ramos de aseguramiento y 4. jornada laboral legal.

El análisis de las condiciones especiales y condiciones críticas de empleo que presentó México en 1999 mostraba que el 23%, de la PEA, trabajaba más de 48 horas a la semana y al mismo tiempo el 5.4% de la PEA trabajaba menos de 15 horas a la semana, con lo que se combinaba una situación de sobre empleo y sub empleo. Al mismo tiempo, el 10.6 de la PEA no recibía remuneración por su trabajo y el 20.9% estaba en condiciones críticas de empleo por combinar problemas con jornadas laborales y pagos relativamente bajos. (Cuadro 23)

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.

El sector informal generalmente funciona en pequeña escala y con una organización nula o muy rudimentaria y poca o ninguna distinción entre el trabajo y el capital como factores de producción.⁷⁰

La Encuesta Nacional de Micronegocios (ENAMIN), realizada por INEGI en 2002, destaca tres factores en materia de condiciones de trabajo que detonaron abrir un micronegocio: 1. 73% de los Micronegocios fueron financiados con recursos del propios dueño, siendo la razón principal la de obtener un ingreso mayor que como empleado asalariado sin tener que someterse a un horario rígido; 2. la necesidad de tener un complemento de ingresos en el

Cuadro 23

Calidad del Empleo y Condiciones Críticas de Trabajo en México

Características que Debe cumplir un Empleo de Calidad			
1. Remuneración adecuada y legal: Salario mínimo, prestaciones, etc.			
2. Respeto a la dignidad de las personas			
3. Seguridad Social: Seguros de: a) Salud, b) Riesgos de Trabajo, c) Pensiones, d) Invalidez y Vida y e) Guardería y Prestaciones Sociales			
4. Jornada laboral legal con tiempo libre para el ocio y convivencia familiar			

Condiciones Especiales y Condiciones Críticas del Empleo			
Sobre Empleo	Sub Empleo	No Remunerado	Condiciones Críticas
<ul style="list-style-type: none"> Personas que trabajan <u>más de lo recomendable</u>, en condiciones de una explotación prohibida por la Ley. 	<ul style="list-style-type: none"> Personas que trabajan <u>muy pocas horas</u> al día, y no porque así lo deseen, sino por no encontrar opciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Personas que trabajan sin recibir remuneración monetaria, pero si se consideran empleadas con compromisos formales. 	<ul style="list-style-type: none"> Personas que trabajan < de 35 Hrs/Sem por razones del mercado. Personas que trabajan > de 35 Hrs/Sem y ganan menos de 1 SM Personas que trabajan > de 48 Hrs/Sem y ganan menos de 2 salarios mínimos
Trabajar > 48 Hrs/Sem 23% de la PEA en 1999	Trabajar < 15 Hrs/ Sem 5.4% de la PEA en 1999	Sin Pago 10.6% de la PEA en 1999	20.9 % de la PEA en 1999

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo Urbano, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

64

hogar y 3. una pequeña parte manifestó que instaló su propio negocio después de haber sufrido un despido laboral.⁷¹

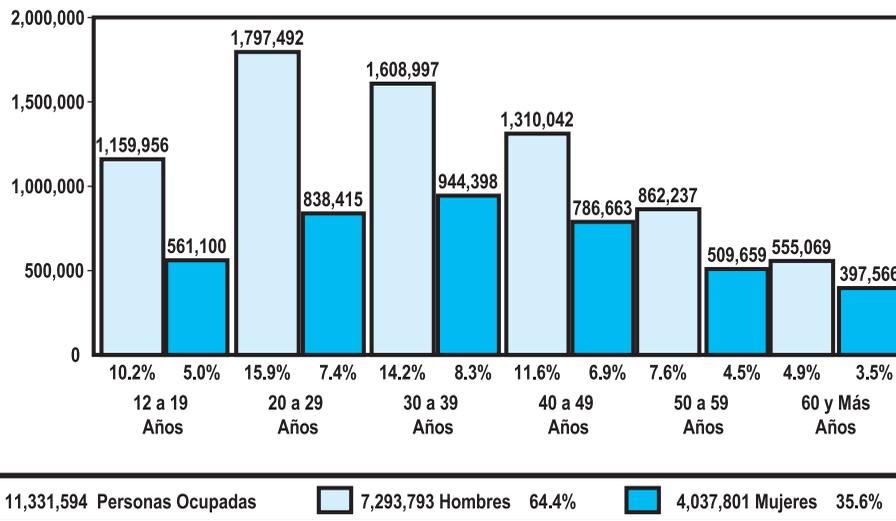
Las condiciones laborales inadecuadas y la disminución de los salarios reales son las dos variables que detonan que los miembros del hogar busquen otras alternativas laborales y se autoempleen para incrementar sus ingresos.

En 2004, la población ocupada en el “Sector Informal” o en el “Sector No Estructurado”, presentaba una tendencia alcista, ya que en 1995 eran 8,639,755 personas, en 2000 eran 9,920,512 personas y en 2004 se alcanzó la cifra de 11,331,594 personas, de las cuales 64.4% eran hombres y 35.6% eran mujeres. También se destaca que la población entre 20 y 49 años era la que más recurre a este tipo de empleo. (Cuadro 24).⁷²

Asimismo, si se analiza para 2004 la “Ocupación en el Sector No Estructurado” con base en el nivel de instrucción, se observa que la población con mayor nivel de estudios es la que menos se concentra en el sector informal, mientras que la población con una mínima instrucción se encuentran ocupados en el sector informal a tasas muy altas. Además se observa que las mujeres “Sin instrucción” llegaron a alcanzar una tasa de 41% y las mujeres con “Primaria incompleta” tasas de 37.3%, ambas poblaciones presentan tasas de “Ocupación en el Sector No Estructurado” superiores a las de los hombres, posteriormente a medida en que avanza el nivel educativo los hombres tienden a ocuparse en mayor medida que las mujeres en el sector informal. (Cuadro 25)

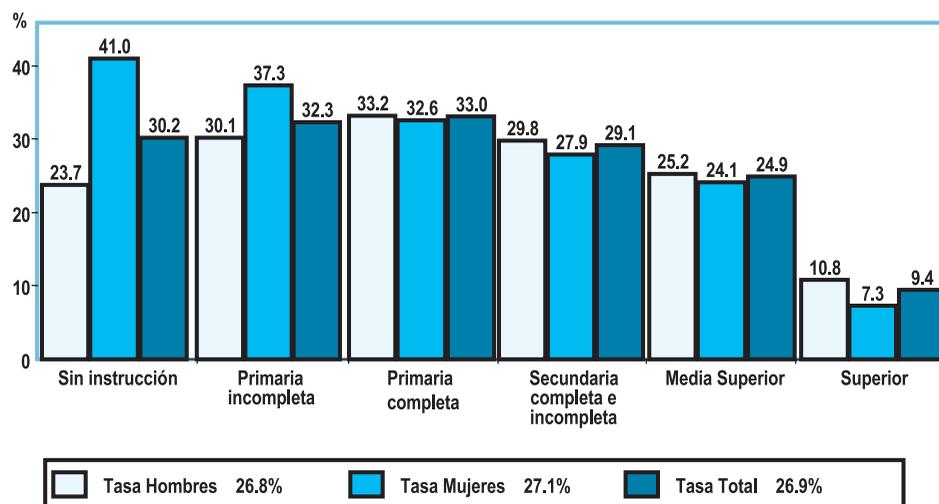
La adecuada reproducción de la fuerza laboral sólo se logra con empleos de calidad que le otorguen al trabajador y a su familia una protección permanente ante riesgos ocasionados

Cuadro 24
Población Ocupada en el Sector No Estructurado
Por Sexo y Grupos de Edad-México 2004



Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, STPS-INEGI.

Cuadro 25
Población Ocupada en el Sector No Estructurado
Por Sexo y Grupos de Edad-México 2004



Fuente: Encuesta Nacional de Empleo, Instituto Nacional de Estadística, STPS-INEGI.

por las enfermedades, la maternidad y los accidentes y su cuidado en los estadios finales de la vida, sólo se garantiza con una pensión segura.

Una situación de elevada proporción de empleos de mala calidad genera en un país una situación de riesgo y vulnerabilidad extrema para la salud y para la valorización del capital humano, tanto en forma inmediata como en el futuro, ya que al envejecer de forma no saludable la población sin empleo formal y que no tiene garantizada su atención médica, les queda como únicas salidas la enfermedad mal atendida, el empobrecimiento por pagar una atención médica incompleta y probablemente la muerte anticipada, o enormes erogaciones del Gobierno para atender las demandas de atención médica de la población adulta enferma y la población anciana sin seguro.

A continuación se identifica un sólo mecanismo de alineación y convergencia entre la Política de Empleo y la Política de Salud con posibles impactos radicales en la Administración Pública y en el desarrollo económico y social del país.

1. El replanteamiento integral de todos los instrumentos de redistribución del ingreso del país, otorgando a la seguridad social el máximo grado, así como el carácter de único vehículo integrador de todos los mecanismos existentes en México para lograr el desarrollo humano integral

México al ser un país clasificado por el Banco Mundial⁷³ de “Ingreso Medio Alto” y contar con nuevos instrumentos como el Seguro Popular que se suman a la seguridad social tradicional, a los múltiples programas de la Secretaría de Desarrollo Social y a toda una gama de intervenciones estatales que van desde el subsidio a la leche y la tortilla hasta el subsidio al campo, podría replantear integralmente su estrategia de seguridad social y protección social y considerar que existen otras opciones, en un marco operativo de la Administración Pública diferente, para que todos los subsidios, intervenciones estatales y estrategias instrumentadas por los tres niveles de gobierno, pudieran alinearse y generar nuevas sinergias positivas, si se organizaran de otra forma, para obtener un mejor resultado.

Para dar un ejemplo de las implicaciones de esta medida en la Administración Pública, no sólo se debería evaluar la pertinencia de mantener cada uno de los instrumentos para otorgar subsidios sino la forma en que está organizada institucionalmente la Administración Pública que duplica funciones entre instituciones del sector salud: IMSS, ISSSTE, SSA e incluso con otras áreas como la Secretaría de Desarrollo Social y sus programas.

Dado lo ambicioso de esta propuesta, que implicaría una reestructuración profunda de la Administración Pública, sólo se expondrá de manera muy somera cómo los nuevos instrumentos en salud, como el Seguro Popular y la estrategia de cobertura universal del aseguramiento en salud comprometida para 2010, podrían generar sinergias en un marco de reingeniería integral de la seguridad social como principal instrumento de redistribución del ingreso.

Las sinergias a desarrollar podrían ubicarse en 6 aspectos:

1. El replanteamiento del significado socio económico del término “empleo formal”.

Si uno de los postulados de la reforma del sector salud es, bajo el principio de solidaridad, la cobertura del aseguramiento en salud para los 25 millones de personas que sufren pobreza alimentaria y pobreza de capacidades, así como el aseguramiento universal en salud pa-

ra personas mayores de 65 años y para grupos vulnerables como los discapacitados; se requiere estudiar de qué manera estas políticas podrían afectar el empleo formal, ya sea en el sentido de generar una mayor propensión a evadir o eludir la seguridad social ya que finalmente, se cotice o no, se estaría cubierto en salud pues éste sería un derecho ciudadano o en otro sentido, cómo se podría incentivar el empleo formal a partir de abaratar el costo de la formalización del empleo por el lado de la salud.

2. La generación de formas más accesibles de contribución económica para el aseguramiento en salud, dirigidas a organizaciones de trabajadores informales con cierta capacidad económica, como un paso hacia la formalización.

La corresponsabilidad social en el financiamiento de programas de salud debe explorar nuevos mecanismos para que grupos sociales, actualmente excluidos de la seguridad social, puedan comenzar a contribuir económicamente con esquemas accesibles que les otorguen al menos protección en salud.

El Seguro Popular en su separación de funciones de aseguramiento-financiamiento-provisión, deberá generar medidas concretas a fin de estructurar una instancia que asuma las funciones de aseguramiento para combatir la evasión, elusión o subdeclaración en las contribuciones a este Seguro, ya que se contempla que las capas medias de la población voluntariamente se integren al Seguro Popular y aporten.

Se debe superar la visión dicotómica de estar o no estar dentro de la formalización de la economía y comenzar a atacar las zonas grises, es decir la incorporación a los seguros de salud de grupos organizados que actualmente operan en la totalidad informalidad, pero que cuentan con ciertos derechos adquiridos y una capacidad económica, aunque sea baja y que deberán contribuir.

Grupos como los comerciantes ambulantes organizados en “mercados sobre ruedas”, el empleo doméstico, los vendedores ambulantes de tarjetas telefónicas de grandes empresas, u otro tipo de organizaciones establecidas formalmente que se aprovechan de la informalidad para colocar sus productos en el mercado y poder mantener sus privilegios, formas de operar y derechos de trabajo, deberán contribuir al seguro popular para poder cubrir a sus trabajadores en salud, por lo que deberán comenzar a cotizar con esquemas y tarifas accesibles para que esta estrategia sea un paso hacia la formalización.

Para lograr avanzar en este aspecto, se requiere que alguien se encargue a nivel de micro-región en las instituciones de estas funciones de aseguramiento, por lo que se deberán incluir instancias promotoras del aseguramiento en salud en los Servicios Estatales de Salud a diferentes niveles.

3. El desarrollo de nuevos esquemas de afiliación y contribución en las otras ramas de aseguramiento social, como el seguro de riesgos de trabajo y el seguro de pensiones para ir abriendo espacios hacia la formalización del empleo.

Así como el Seguro Popular de Salud, abre espacios para el avance en la formalización, se podrían diseñar esquemas similares en materia de riesgos de trabajo y pensiones.

La solución económica del problema actual de las pensiones a nivel nacional es de grandes implicaciones macroeconómicas y se requiere de su pronta resolución, no obstante, es

importante analizarlo en su óptica más agregada e incluir cómo, con cuánto y bajo qué nuevos instrumentos se podría incluir su avance en un sistema de pensiones que protegiera a todos los trabajadores.

En materia del Seguro de Riesgos de Trabajo, se debe tener presente que las Reformas del IMSS de 1997, lograron modernizar la Ley del Seguro Social en México al generar un nuevo esquema en donde se incentivara económicamente a las empresas para prevenir los accidentes de trabajo registrados y premiara a aquellas que presentaran una reducción en su nivel de siniestralidad.

Se recomienda profundizar en las reformas del IMSS de 1997 en materia de Riesgos de Trabajo y diseñar nuevos esquemas que poco a poco se extiendan a costos accesibles para organizaciones laborales que operan en la informalidad pero que presentan una cierta capacidad contributiva.

Estos temas tan relevantes, no serán objeto de desarrollo en esta propuesta pues rebasan con mucho el objetivo de este trabajo, pero por su importancia no pueden dejar de mencionarse.

4. La generación de condiciones para promover empleos de calidad para los discapacitados y enfermos crónicos.

México cuenta con alrededor de 10 millones de personas que sufren algún grado de discapacidad, por lo que es muy importante la generación de nuevos instrumentos que abaraten la incorporación al mercado laboral formal de este grupo poblacional.

Si el Sistema Nacional de Salud avanza más en la titularidad de los derechos solidarios en salud y garantiza una cobertura universal del seguro popular para los discapacitados, este mecanismo contribuiría a abaratar el costo de su formalización, pero se tendrá que complementar con otro tipo de mecanismos de aseguramiento en materia de riesgos de trabajo, pensiones, invalidez y vida, y guardería y prestaciones sociales, a fin de avanzar en la formalización del empleo de los discapacitados, reconociendo su derecho a un empleo de calidad que aproveche sus habilidades y destrezas.

5. El establecimiento de sanciones más estrictas a grupos sociales que deliberadamente se aprovechen del nuevo entorno de protección social y pese a estar en condiciones económicas para contribuir decidan no hacerlo, no participen en la corresponsabilidad social y no abandonen prácticas indeseables en términos sociales o que pongan en riesgo la vida de menores o grupos vulnerables. México al establecer un Nuevo Pacto Social —tendiente a otorgar derechos solidarios en salud dirigidos a los 25 millones que viven en condiciones de Pobreza Alimentaria y Pobreza de Capacidades, así como a los Adultos Mayores y Discapacitados—, requiere de la corresponsabilidad social, por lo que las sanciones a los que evadan, eludan o subdeclaren ingresos para contribuir menos, deberán ser penalizados en forma estricta.

Asimismo, se deberán asumir nuevos compromisos sociales que impidan que la gente goce de nuevos privilegios sin abandonar hábitos negativos. Un ejemplo que expresa esta situación, es que hay grupos poblacionales que a pesar de cobrar los subsidios y becas del Programa de Oportunidades a que tienen derecho por ser pobres, siguen ejerciendo prácticas nocivas como la mendicidad y explotación de menores, pues no se ha condicionado

efectivamente el acceso a los subsidios con el abandono a ciertas prácticas. Además, la sociedad civil deberá estar bien informada a fin de no contribuir a la mendicidad, a sabiendas de que con los impuestos que pagamos todos, a los pobres se les está dando un apoyo suficiente para que nadie este pidiendo dinero en la calle.

6. El mejoramiento en el registro de información ciudadana a partir de lograr una cobertura universal que no sólo proporcione datos nominales de las personas, sino que alimente un banco de datos con información relevante sobre sus huellas digitales, tipo de sangre, ADN y otro tipo de información relevante por cuestiones de seguridad nacional y apoyo ante urgencias médicas.

La importancia de la generación de bases de datos, con información única e intransferible de las personas, es un pendiente social que debe ser resuelto y una cobertura universal en salud puede contribuir de manera significativa. No obstante, se deberán analizar las implicaciones legales de este tipo de medidas.

Por último se destaca que las altas autoridades del Sector Salud deberán estar activamente presentes en la discusión de una nueva Ley Federal del Trabajo, a fin de hacer operativas y concretas las sinergias que se pueden lograr en la interacción de ambos sectores.

2.2.3 Política Educativa y sinergia con la Política de Salud

El análisis de los avances en la educación resulta por demás complicado, en comparación con el análisis de otros indicadores económicos, ya que su evolución se da con mayor lentitud, debido a que decisiones relativas a cuestiones educativas pueden tomar de 5 a 10 años o hasta una generación entera para mostrar sus frutos.⁷⁴

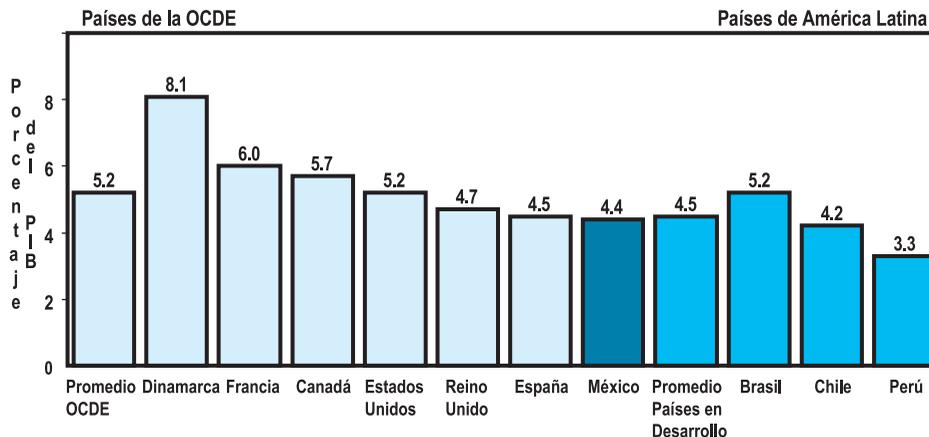
México presentó en 1999 un “Gasto Público en Educación como % del PIB” de 4.4 puntos, lo cual fue inferior en 0.8 puntos al promedio de los ejercido en países de la OCDE y está muy por debajo de lo que destinan otros países europeos como Dinamarca (8.1%), o países de América Latina como Cuba (8.5%) o Brasil (5.2%).⁷⁵ (Cuadro 26)

En relación con otros indicadores, en 2001 México presentó un avance en el indicador “gasto público por estudiante como % del PIB per cápita” para estudios de nivel primaria, que se elevó de 3.5% a principios de la década de los noventa a 11.8% a principios del 2000. Sin embargo, países como Colombia, Costa Rica, Estados Unidos, Japón o el Reino Unido presentaron un índice más alto en el mismo periodo. (Cuadro 27)

En cuanto al financiamiento de los países de América Latina, los 15 países de la región para los cuales se dispone información, destinan entre un 12 y un 22% del gasto público total a la educación. Destaca el hecho de que México destinó en 2001/2002 el 22.6% en los mismos términos. (Cuadro 28)

En 2001 se observaba una paradoja para México pues, por un lado, fue de todos los países analizados, el que destinó mayor “gasto público en educación como porcentaje del PIB”; y por el otro, presentaba rezagos en los indicadores de “gasto público por estudiante como % del PIB per cápita”; por lo que se concluye que la extrema escasez de recursos que sufrían las finanzas públicas mexicanas, debido al aplazamiento de la reforma fiscal y a la baja recaudación, imposibilitaba canalizar más recursos públicos a la educación y se mantendrían los rezagos en los otros indicadores.

Cuadro 26
Gasto Público en Educación como % del PIB
En Países Seleccionados de la OCDE y de América Latina en 1999



^a Incluye subsidios públicos a familias para costos de manutención que no son gastados por las instituciones educativas.

^b Fuente: *Education at a Glance*, OCDE (2002).

Nota: Para estimar el Gasto Total en Educación se requiere añadir el Gasto Privado que en algunos países es cuantioso.

Fuente: Banco de México. Un Comparativo Internacional de la Recaudación Tributaria, México, Mayo 21, 2003.

Cuadro 27
Información del Sector Educativo
Para Países Seleccionados 1990 / 1991-2001 / 2002

	Gasto Público por Estudiante % PIB per Cápita						Gasto Público en Educación Como % del Gasto Público 2001 / 2002	Tasa Alumnos Maestro Nivel Primaria Alumn X Maestro 2001 / 2002
	Primaria		Secundaria		Terciaria			
	90/ 91	01 / 02	90/ 91	01 / 02	90/ 91	01 / 02		
México	3.5	11.8	8.3	13.8	23.6	45.2	22.6	27
Argentina	-	12.4	-	15.8	-	17.8	13.7	20
Brasil	-	10.7	-	10.0	-	48.5	10.4	23
Colombia	-	16.4	10.4	18.5	33.0	38.5	18.0	26
Costa Rica	7.8	14.6	15.8	20.2	45.8	45.8	21.1	24
Guatemala	2.7	7.7	4.4	4.8	34.7	-	11.4	30
Canadá	-	-	-	-	27.5	47.2	-	17
EE.UU.	20.2	18.0	22.1	22.5	20.2	23.0	15.5	15
Francia	11.9	-	20.7	-	22.9	-	11.5	19
Japón	18.6	21.4	18.4	21.0	-	17.2	10.5	20
Reino Unido	15.1	13.6	26.5	14.5	40.9	25.7	11.4	18
América Latina	-	13.1	9.9	-	-	44.9	13.2	26
Ingreso Medio	-	-	-	-	-	-	-	22
Ingreso Medio Alto	-	12.4	16.9	-	61.8	30.6	13.7	21
Ingreso Alto	40.2	26.2	31.0	-	47.1	66.5	11.5	17

Fuente: *World Development Indicators*, World Bank, 2004.

Cuadro 28
Indicadores Seleccionados de la Política Educativa
(1990 / 1991)-(2001 / 2002)

Alumnos que Alcanzaron el 5° Grado como % de Estudiantes del 1° Grado				Tasa de Terminación a Nivel Primaria como % de Edad Relevante			Repetidores a Nivel Primaria como % de Inscripción		
Hombres		Mujeres		Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
90 / 91	01 / 02	90 / 91	01 / 02	01 / 02	01 / 02	01 / 02	01 / 02	01 / 02	01 / 02
81	88	82	89	96	96	97	5.5	6.5	4.4

Tasa de Alfabetización Adulta como % de 15 Años en Adelante				Tasa de Alfabetización Juvenil como % de 15 a 24 Años				Años de Escolaridad Esperados			
Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
90 / 91	01 / 02	90 / 91	01 / 02	90 / 91	01 / 02	90 / 91	01 / 02	90 / 91	01 / 02	90 / 91	01 / 02
91	93	84	89	96	97	94	96	-	12	-	11

Fuente: *World Development Indicators*, World Bank, 2004.

No obstante, el Estado mexicano otorgó máxima prioridad a la educación pública y el financiamiento para la educación creció en 2003 a 6.8% del PIB, integrado por el 5.5% del gasto público y el 1.3% gasto privado. Con estos incrementos se logró alcanzar el nivel de Gasto Público en Educación promedio en la OCDE.

Otros indicadores relevantes del periodo 2001/2002, con respecto a los observados en una década anterior fueron: a) que se incrementó en 7 puntos el porcentaje de “Alumnos que alcanzaron el 5° grado como % de estudiantes del 1° grado”, tanto en hombres como en mujeres; b) que la “Tasa de terminación a nivel primaria como % de edad relevante” en 2002 alcanzó 96% en hombres y 97% en mujeres; c) que el porcentaje de “Repetidores a nivel primaria como % de inscripción” fue en 2002 de 6.5% para hombres y 4.4% para mujeres; d) que aumentaron las “Tasas de alfabetización adulta como % de población con 15 Años en adelante” alcanzando en 2002 un 93% para hombres y 89% para mujeres; e) que aumentó la “Tasa de alfabetización juvenil como % de población de 15 a 24 años” alcanzando para el mismo año 97% para hombres y 96% para mujeres; y f) que se estimó en 2002 alcanzar 12 “Años de Escolaridad Esperados” para hombres y 11 años para mujeres. (Cuadro 28)

La Comisión Económica para América Latina CEPAL, ha señalado desde hace más de una década, 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 la Región Latinoamericana 40% de los niños no terminan la escuela primaria y si a esto se suma que tienen padres con

menos de 10 años de educación formal en promedio, se presentan condiciones que los hacen proclives a no alcanzar el nivel educativo requerido para superar la condena de la pobreza.⁷⁶

El capital humano y la educación formal están estrechamente vinculadas 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.⁷⁷

Asimismo, la CEPAL expresa que el eslabón entre más años de educación y mejores opciones de empleo sólo parece confirmarse en una minoría, ya que

los jóvenes de hoy tienen más años de escolaridad formal que las generaciones anteriores, pero también presentan tasas de desempleo que equivalen al doble o al triple de las anteriores. ... el progreso técnico exige más años de educación para poder optar por empleos modernos, lo que equivale a una dinámica de “devaluación educativa”, conforme a la cual un cierto número de años de escolaridad “valen menos” hoy que hace dos décadas, ... la nueva organización laboral se traduce en una mayor inestabilidad en el empleo, la mayoría de los nuevos puestos surgen en el sector informal y quienes ingresan al mercado laboral lo hacen sin derechos adquiridos y sin experiencia en el trabajo.⁷⁸

Por otro lado, el nivel de escolarización en los países de la OCDE describe una tendencia a la alza, expresada en el incremento de los índices de inscripción universitaria, lo que posibilita que aproximadamente 40% de los alumnos que completaron la educación secundaria, en el 2001, sigan programas de enseñanza terciaria (media superior y superior), mientras que en el caso mexicano, 78% de la población escolar se encuentra en nivel primario y secundario y la educación terciaria solo representa 18% de la matrícula.⁷⁹

Estas brechas son, por demás, difíciles de franquear considerando que si los países industrializados, que aglutinan el 25% de los estudiantes a nivel mundial, gastan 6 veces lo que se dedica a este rubro en los países en desarrollo, donde radica el 75% de los estudiantes a nivel mundial.⁸⁰

La desigualdad en la educación es causa y consecuencia de la desigualdad socioeconómica y genera un círculo vicioso de reproducción de la pobreza.

En México persisten condiciones de desigualdad entre la población de altos y bajos ingresos, que se manifiestan en un acceso y permanencia desigual en el sistema educativo. En 2000, mientras la totalidad de los niños de familias de altos ingresos entraban a la escuela y continuaban sus estudios hasta el nivel medio superior, en los hogares de bajos ingresos 8% de los niños no entraba a la escuela, 24% de los que entraban no terminan la primaria, 53% no continuaban sus estudios en secundaria y menos de una cuarta parte asistía al nivel medio superior.⁸¹

No obstante, la Secretaría de Desarrollo Social presentó algunos avances, generados por el Programa de Oportunidades, en los hogares que tenían una situación de “Pobreza Alimentaria” —en 2002 en relación con 2000—, y que mostraron mejoras en algunos indica-

dores que oscilaban entre 2 y 6 puntos porcentuales, siendo muy relevante la disminución de 18.7% a 6.6% de los estudiantes de 12 a 15 años que manifestaron trabajar y la reducción de 55.9% a 48.8% de mayores de 15 años con Primaria trunca. (Cuadro 29)⁸²

Cuadro 29
Características Educativas de la Población en Pobreza Alimentaria 2002

Edad	Composición de las Características Educativas de la Población en Pobreza Alimentaria	
	2000	2002
5 a 15 años – No asisten a la escuela	14.3 %	11.9 %
8 a 15 años – No asisten a la escuela	13.8 %	12.1 %
12 a 15 años – Que trabajan	18.7 %	6.6 %
Mayores de 15 años – Analfabetas	23.9 %	21.2 %
Mayores de 15 años – Primaria Trunca	55.9 %	48.8 %
Jefe del Hogar – Sin instrucción	31.8 %	30.7 %
Jefe del Hogar – Primaria incompleta	34.7 %	34.4 %
Jefe del Hogar – Primaria completa	18.4 %	20.1 %
Jefe del Hogar – Secundaria incompleta	3.3 %	2.5 %
Jefe del Hogar – Secundaria completa	11.8 %	12.2 %

Fuente: SEDESOL, *Medición del Desarrollo: México 2000-2002*, (23 de junio de 2003), págs. 1 a 4.

Para el ciclo escolar 2002-2003, la matrícula total del sistema educativo nacional escolarizado se conformaba por 30.9 millones de alumnos, equivalente al 30 % de la población total del país.

- El 78 % de la población escolar se ubicaba en la educación básica, que comprende la educación preescolar, primaria y secundaria.
 - La educación media superior representaba el 11 % de la matrícula .
 - La educación superior, con 2.2 millones de alumnos, abarcaba el 7 % de la matrícula total.
- En cuanto al sostenimiento de los servicios educativos:
- El 71 % de los alumnos asiste a las escuelas administradas por los gobiernos estatales.
 - El 11% son servicios administrados por la federación, con una tendencia a disminuir, como resultado de su transferencia paulatina a los estados.
 - Las instituciones autónomas, básicamente universidades, administran el 5% de las escuelas, principalmente en la educación media superior y superior.
 - La educación particular atiende el 13% de los alumnos, concentrados principalmente en los niveles superiores, ya que en la educación básica solo el 8 % asiste a instituciones privadas.⁸³

El gasto per cápita en educación en México alcanzó los 190 dólares en 2001, ocupando el 5° lugar en la Región Latinoamericana. En los extremos, Argentina dedicó 385 dólares y Nicaragua destinó 28 dólares per cápita. En relación con la educación y la salud, se observa que en México, durante 2002, el gasto social per cápita anual en educación, en dólares de 1997, presentó un incremento de 51 dólares respecto de 1990-2002, este incremento es alto si se compara con el aumento observado para el mismo periodo en salud que sólo alcanzó 28 dólares per cápita.⁸⁴

La CEPAL ha observado sinergias educación-salud; en donde ...

un ejercicio parcial del derecho a la educación afecta el grado de garantía del derecho a la vida; ya que se ha observado una correlación negativa entre nivel educativo de la madre y tasa de mortalidad infantil; y a su vez, esta falta de educación afecta la titularidad de los derechos reproductivos, ya que se ha observado una correlación inversa entre logro educativo y maternidad precoz, que incrementa el riesgo y vulnerabilidad económico-social al ocasionar hogares uniparentales, encabezados por mujeres jefas de hogar de bajo nivel educativo,⁸⁵...que procrean familias que se desarrollan bajo una situación de pobreza de la cual será muy difícil salir.

A continuación se identifica un sólo mecanismo de alineación y convergencia entre la Política de Educativa y la Política de Salud con posibles impactos radicales en la relación sector salud, sector educativo y mejoramiento de la calidad de vida de los niños y jóvenes.

74

1. Mancomunar los servicios educativos y los servicios de salud de los niños y los jóvenes, para generar un "Nuevo Modelo de Atención a la Salud en las Escuelas" a partir del replanteamiento integral de la gestión de la salud de la población que asiste a los centros educativos

México pretende garantizar una cobertura universal de la educación primaria y secundaria y estima alcanzar 12 años de escolaridad promedio para hombres y mujeres. Esta estrategia puede entrar en sinergia con la estrategia de cobertura universal de la Atención Primaria a la Salud, a través de la cual se garantice un paquete de beneficios acorde a las necesidades de los escolares por grupo etáreo y género.

Si se espera que la totalidad de los mexicanos, hasta los 16 años, estén formalmente en la escuela y que todos los ciudadanos deban acceder a una "Atención Primaria Integral", se requiere replantear estructuralmente el papel de los servicios escolares de salud, garantizando que estén presentes en todas las escuelas y que se transformen, donde ya existen, de simples enfermerías, para tratar males y accidentes menores, en verdaderas instancias que establezcan actividades de promoción de la salud, educación para la salud, prevención de enfermedades, detección oportuna de problemas, tratamiento de padecimientos menores y canalización de problemas hacia la atención especializada.

Se recomienda que esta política no medicalice irracionalmente a las escuelas, ni genere costos innecesarios al país en infraestructura, equipamiento o contrataciones de personal para otorgar servicios de salud de manera sistemática a los estudiantes, sino que más bien se

obtengan los recursos a partir de fórmulas de financiamiento, con pagos por capitación ajustados por edad y sexo de la población estudiantil, que salgan de la reingeniería de la Cuota Social del Estado, dependiendo de la institución aseguradora encargada de la cobertura del estudiante, y que puedan acceder a ella los proveedores de servicios más costo-efectivos, sean del sector público o privado, lo que implicaría cero gasto en instalaciones, equipamiento o contratación de personal ya que la cuota capitada a pagar incluiría que el oferente se hiciera cargo de dichas erogaciones. Es decir, que esta estrategia se debe integrar a las políticas de: cobertura universal de aseguramiento, Paquete de Beneficios de Atención Primaria a la Salud por Edad y Sexo, separación de financiamiento y prestación, reingeniería de Cuota Social del Estado, pluralismo en la provisión, elección de Médico de Familia, Rendición de Cuentas.

El sector salud requiere contar con brazos operativos más eficaces en todas las escuelas, en donde se desarrollen al menos las siguientes actividades:

a) La cobertura universal del aseguramiento en salud dirigido a los niños y jóvenes, a partir de la reestructuración de los servicios escolares de salud y la garantía de un paquete integral de beneficios de Atención Primaria a la Salud para los estudiantes.

b) Mejorar las condiciones de higiene y limpieza en las escuelas y la instrumentación de un “Programa de Acreditación de Escuela Limpia”, en donde se garantice que en los centros educativos no falten los mínimos indispensables para procurar cotidianamente salud e higiene.

c) La realización de un “Diagnóstico de la Salud de los Estudiantes por Centro Escolar”, un “Diagnóstico sobre las Condiciones Sanitarias de la Escuela” y un “Plan de Acción para Mejorar la Salud de los Estudiantes por Centro Escolar”.

d) El establecimiento y provisión de un “Paquete de Beneficios en Atención Primaria a la Salud por Grupo Etéreo y Género” homogéneo para todos los estudiantes, de probado costo-efectividad y aceptabilidad social, que responda a las necesidades por grupos de edad y género en los diferentes niveles educativos.

e) La inclusión sistemática, por grupo etéreo y género, de acciones de promoción de la salud, educación para la salud, autocuidado, prevención de enfermedades, adicciones y accidentes, diagnóstico oportuno, tratamiento de males menores y canalización hacia la atención especializada, así como la promoción de acciones específicas en materia de monitoreo nutricional, combate a la violencia, enfermedades de transmisión sexual y embarazo en adolescentes.

f) El desarrollo de sistemas de información, acreditación de proveedores públicos y privados, rendición de cuentas y evaluación del *Nuevo Modelo de Atención a la Salud en las Escuelas*.

g) La garantía del financiamiento con fondos públicos del paquete de beneficios establecido en los Programas de Atención Primaria a la Salud.

h) El diseño de una fórmula de pago por capitación, ajustado por edad y sexo, del estudiante para el otorgamiento del “Paquete de Beneficios en Atención Primaria a la Salud por Grupo Etéreo y Género”, para que se establezca el número de alumnos pertinente a atender por el médico de familia y su equipo de salud, el cual deberá someterse a un proceso de rendición de cuentas nominal, y en su caso grupal, a las autoridades competentes del sector salud, del sector educativo y a las organizaciones de padres de familia.

i) El establecimiento de esquemas de incentivos que promuevan el buen desempeño del equipo de salud que trabaje en las escuelas.

j) El establecimiento de estrategias que permitan, de forma acotada, la participación, de las organizaciones de padres de familia y autoridades de las escuelas, en la libre elección del médico de familia, responsable de la atención de los educandos y en los casos que así lo requieran, la libertad de elección del médico de familia a nivel individual, siempre y cuando se garantice el cumplimiento en tiempo y forma del paquete de beneficios establecido por grupo etéreo.

k) La pluralidad en la provisión del paquete de beneficios en salud, siempre y cuando el prestador primario, ya sea público o privado, esté acreditado por la autoridad competente del sector salud y se someta a un proceso de evaluación y rendición de cuentas.

l) El mejoramiento de los contenidos de salud en los libros de texto y la inclusión de temas sobre: autocuidado, estilos de vida saludable, prevención de accidentes, combate a las adicciones y educación sexual; entre otros.

2.2.4 Política Ambiental y sinergia con la Política de Salud

El término “Salud Ambiental” 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. Incluye programas tradicionales como saneamiento, calidad del aire, manejo de desechos sólidos, seguridad de desechos químicos, seguridad alimentaria, control de sustancias tóxicas o venenosas, entre otros.

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.

...A largo plazo la buena salud de la población depende de que los sistemas ecológicos, físicos y socioeconómicos de la biosfera se mantengan estables y en correcto funcionamiento...⁸⁶

...Mientras que la salud personal parece estar relacionada sobre todo con un comportamiento prudente, la herencia genética, el trabajo, la exposición a factores ambientales locales y el acceso a la atención sanitaria, la salud sostenida de la población precisa de los “servicios” de la biosfera que sustentan la vida... entonces el sistema climático mundial es fundamental para el mantenimiento de la vida...⁸⁷

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. Estos impactos reducen los beneficios sociales y económicos esperados y transfieren costos ocultos al sector salud.

Se observa que en la década de los noventa creció en el mundo el número de episodios climáticos, o atmosféricos extremos, a más de dos mil a causa de los cuales fallecieron más de seiscientos mil personas y más de mil ochocientos millones fueron damnificadas. Esa tendencia no parece haber cambiado en la actualidad, sino que más bien parece haberse reforzado, muestra de ello es el recrudecimiento de los huracanes y las consecuen-

tes inundaciones y desastres sufridos en México y los Estados Unidos en el año 2005. (Cuadro 30)

Cuadro 30
Número de Episodios Climáticos o Atmosféricos Extremos, de Vidas Perdidas y de Damnificados, por Regiones del Mundo

	1980's			1990's		
	Episodios	Defunciones (miles)	Damnificados (millones)	Episodios	Defunciones (miles)	Damnificados (millones)
África	243	417	137.8	247	10	104.3
Europa Oriental	66	2	0.1	150	5	12.4
Mediterráneo Oriental	94	162	17.8	139	14	36.1
América Latina y el Caribe	265	12	54.1	298	59	30.7
Asia Sudoriental	242	54	850.5	286	458	427.4
Pacífico Occidental	375	36	273.1	381	48	1199.8
Países Desarrollados	563	10	2.8	57	6	40.8
Total	1,848	692	1,336	2,078	601	1,851

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

Por otro lado, ha habido un incremento de la contaminación y escasez del agua a nivel mundial, por lo que resulta fundamental efficientar e intensificar el tratamiento de las aguas contaminadas. *Un 70% de la superficie del planeta es agua: 97% es salada y se encuentra en los océanos; el 3% restante es agua dulce, 2% es hielo y menos del 1% está disponible para el consumo humano.*⁸⁸

El “Programa Mundial de Evaluación de los Recursos Hídricos de la UNESCO” estima que para el año 2025 el número de personas que vivirá en países con escasez de agua será entre 1,000 y 2,400 millones.⁸⁹

El papel que juega el agua para la conservación de la salud de la población ha sido minimizado, ya que se ha prestado mayor atención a la transmisión de enfermedades por este medio, que a su utilización como un vehículo determinante para la salud. No obstante, el agua contribuye a la salud directamente a través de los alimentos y la nutrición, e indirectamente como un medio de manutención de un medio ambiente diverso y saludable, estos dos recursos potencian las posibilidades de crecimiento de cualquier economía.⁹⁰

La carencia de agua, como medio sanitario y de higiene, crea condiciones ideales para la propagación de enfermedades contagio-infecciosas o con determinantes estrechamente relacionados a la marginación como: la diarrea, que representa 2.2 millones de muertes anuales —90% de éstas se dan entre los niños—, el cólera, la tifoidea y la hepatitis.⁹¹

Por otro lado, el agua es de primera importancia para aspectos alimentarios y si consideramos que la desnutrición afecta aproximadamente a 20% u 800 millones de personas en el mundo en desarrollo, podemos afirmar que el agua juega un papel determinante en la susceptibilidad de los pobres ante enfermedades contagio-infecciosas transmitidas por alimentos y agua inseguros.

Finalmente, otro efecto relevante que surge de la sinergia entre el agua y la salud, es que *el agua da soporte a los ecosistemas y a la biodiversidad, lo que contribuye a la generación de insumos y sustancias para generar nuevos medicamentos en el sector salud.*⁹²

Se observa que en África prácticamente no se acostumbra el tratamiento de aguas contaminadas a través de técnicas de probada efectividad, en tanto que en Asia se trata 35% de las aguas contaminadas, en América Latina sólo 14%, en Norte América 90%, y 66% en Europa.⁹³

En México, a finales del milenio, 82% de las aguas residuales municipales no recibía tratamiento, contaminando aguas superficiales y subterráneas.⁹⁴

En relación con el acceso a agua potable, en el 2000 México presentaba rezagos con respecto a países como Costa Rica, Cuba o Guatemala, sobre todo en el ámbito rural, ya que más del 30% de su población rural no contaba con acceso directo a agua entubada. Asimismo, el rezago en materia de saneamiento básico era crítico ya que casi dos terceras partes de la población rural no contaba saneamiento básico. (Cuadro 31)

Cuadro 31
Población con Acceso a Agua Potable Entubada y Saneamiento Básico
Para Países Seleccionados en 2000

País	Porcentaje de Población Con Acceso a Agua Potable Entubada 2000		Porcentaje de Población con Saneamiento Básico 2000	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Argentina	85	30	89	48
Brasil	95	53	84	43
Canadá	100	99	100	99
Colombia	99	70	96	56
Costa Rica	99	92	89	97
Cuba	95	77	99	95
Francia	s/d	s/d	s/d	s/d
Guatemala	98	88	83	79
México	95	69	88	34
Reino Unido	100	100	100	100
Estados Unidos	100	100	100	100

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

Por otro lado, el crecimiento futuro de las ciudades presentará grandes retos, si se considera que la población urbana en el mundo es aproximadamente de 2.8 billones de personas y se prevé un incremento a 3.8 billones en el 2015 y a 4.5 billones en el 2025.⁹⁵

El exponencial crecimiento poblacional ocasionará que la demanda insatisfecha por servicios básicos, pueda desestabilizar el equilibrio del ecosistema con graves consecuencias para la salud, ya que la generación de agua contaminada en estas manchas urbanas será considerable y de no invertirse a tiempo en programas de tratamiento y limpieza de aguas, las consecuencias en materia sanitaria pueden ser extremadamente peligrosas; creciendo las ciudades con problemas endémicos de cólera, tifoidea o hepatitis viral, entre otros padecimientos.

Se considera que de los 1.1 billones de personas que requieren de agua en el mundo, aproximadamente 84% radican en el campo y para llevar este recurso al sector rural se requieren 23 billones de dólares al año; actualmente sólo se invierten 16 billones de dólares al año, lo que representa un grave déficit en su provisión a nivel global.⁹⁶

Por otro lado, se destaca que México es un país muy importante para la conservación del ambiente y la biodiversidad del mundo, ya que es la 4° potencia mundial en cuanto a biodiversidad y posee cerca de 10% de las especies conocidas, ocupando el 5° lugar en relación a número de plantas, el 1° en variedad de pinos, el 5° en relación a mamíferos y el 1° en variedad de reptiles endémicos. (Cuadro 32)

Cuadro 32
Biodiversidad en México

Biodiversidad
<ul style="list-style-type: none"> México es el 4° país megadiverso del mundo y posee cerca del 10% de las especies conocidas
Biodiversidad en Flora
<ul style="list-style-type: none"> 5° lugar en relación al número de plantas 1° lugar en relación al número de pinos
Biodiversidad en Fauna
<ul style="list-style-type: none"> 5° lugar en relación a mamíferos 1° lugar en reptiles endémicos
Endemismos
<ul style="list-style-type: none"> 63% de endemismos en la flora Mexicana 30% de endemismos en vertebrados

Fuente: Programa Nacional de Medio Ambiente y Recursos Naturales 2001-2006.

Los cinco problemas que destacan en materia ecológica en México son (Cuadro 33):

1. El grave riesgo de extinción tanto en la flora como en la fauna;
2. El agua es escasa y está contaminada;
3. El aire de las principales ciudades presenta una elevada contaminación;

Cuadro 33
Problemas Ecológicos en México en el Siglo XXI

1. Riesgo y Extinción de Flora y Fauna
<ul style="list-style-type: none"> • Se han detectado 2,421 categorías de flora y fauna en diferentes categorías de riesgo • En México se han extinguido 15 especies de planta y 32 vertebrados, • 5.2% de las extinciones del mundo en 400 años
2. Escasez, Mal Manejo y Contaminación del Agua
<ul style="list-style-type: none"> • Escasez del agua, el 50% del agua disponible se encuentra en el 10% del territorio nacional, con erosión hídrica de 37% del territorial • El 82% de las aguas residuales municipales no recibe tratamiento, contaminando aguas superficiales y subterráneas.
3. Contaminación del Aire
<ul style="list-style-type: none"> • Contaminación atmosférica en zonas metropolitanas y corredores industriales • Emisión anual de Óxido de Azufre de 2.2 millones de toneladas. • Emisión anual de Óxido de Nitrógeno de 1.5 millones de toneladas. • Emisión anual de Bióxido de Carbono de 3,270 millones de toneladas en 1995 crecimiento anual del 3%
4. Sobreexplotación de Recursos Forestales
<ul style="list-style-type: none"> • La sobreexplotación con visión de corto plazo, incendios, indefinición de derechos de propiedad y pobreza ha acelerado la devastación de bosques y selvas con pérdida anual de 600 mil hectáreas.
5. Mal Manejo de Residuos, Desechos y Basura
<ul style="list-style-type: none"> • En 1996 se generaron 87,560 toneladas diarias o 31 millones de toneladas al año por basura y residuos sólidos que significan 0.917 kg/día por habitante. • Sólo se recolecta el 70% del total de residuos, 30% restante se abandona en calles, lotes baldíos, ríos, etc. • Entre 73% y 83% de lo que se recoge se deposita en tiraderos a cielo abierto.

Fuente: *Programa Nacional de Medio Ambiente y Recursos Naturales 2001-2006.*

4. Se presenta una sobre explotación de los recursos forestales;
5. El manejo de los residuos, desechos y basura es inadecuado.

Otro de los problemas que está afectando significativamente a la ecología y medio ambiente en México, es el acelerado proceso de urbanización combinado con el fenómeno de la dispersión rural.

...esto significa que 65% de la población habita en zonas urbanas, con mayor precisión 63 millones de personas en 364 ciudades. Por otro lado, aproximadamente 23 millones de personas viven en 196 comunidades, principalmente rurales, en este segmento de la población se presentan problemas relacionados a la gran dispersión...⁹⁷

A su vez, el país sufre de un intenso proceso de deforestación en donde los bosques y selvas se encuentran en una situación crítica, contribuyendo a la erosión de los suelos, al cambio climático y el calentamiento global. En México se estima que la deforestación asciende alrededor de 769,000 hectáreas al año que implica en la tasa de deforestación de 1.07% al año, esto coloca a México como el quinto país que más superficie deforesta cada año.⁹⁸

En el país los recursos naturales se explotan a una tasa superior a la que se producen⁹⁹ lo que se suma a otros factores de riesgo que son determinantes en algunas enfermedades.

Por otro lado, la asignación de recursos para el mejoramiento ambiental es muy baja. Según la Comisión para la Cooperación Ambiental, el gasto en protección ambiental como proporción del PIB (GPA/PIB) se encontraba en el año 2000 en niveles de 0.2%, bajísimo si lo comparamos con países de la OCDE más orientados a la sustentabilidad, como los nórdicos y algunos europeos que gastan entre 0.9 y 1% del PIB en protección al ambiente.¹⁰⁰

El escaso financiamiento ambiental se expresa en el PIN ajustado ambientalmente. (Cuadro 34)

Cuadro 34
Producto Interno Neto Ajustado Ambientalmente
1980-1998 (Pesos Corrientes)

Producto Interno Neto Ajustado Ambientalmente (Nacional), 1980 – 1998 (Pesos Corrientes)			
Año	Producto Interno Neto	Costos Totales Ambientales	%
1990	670,858	85,372	12.73
1991	874,236	107,771.4	12.33
1992	1,025,130	126,261.3	12.32
1993	1,142,808	134,933.5	11.81
1994	1,290,596	147,936.3	11.46
1995	1,626,177	198,246.5	12.19
1996	2,252,492	258,890.1	11.49
1997	2,850,768	338,427.7	11.87
1998	3,447,693	408,478.5	11.85

Fuente: Tomado de INEGI, 2000 Sistema de Cuentas Económicas y Ecológicas de México 1988-1998, México.

El Producto Interno Neto Ecológico PINE mide las repercusiones del proceso económico en los recursos naturales y el medio ambiente. Las principales características que presentó el PINE a finales de los 90s. fueron:

- Entre 1990 y 1998 el PINE resulta inferior al PIN (Producto Interno Neto) en 12%.
- En 1998 el costo del deterioro ambiental ascendió a más de \$400 mil millones de pesos, magnitud cercana al 70% del Gasto Programable del Gobierno Federal.
- El Presupuesto Federal destinado a Medio Ambiente representa una milésima parte del costo del Deterioro Ambiental.
- Los costos ambientales en el sector agropecuario, silvícola y pesquero ascendieron al 23% del PIN
- Los costos ambientales en electricidad, gas y agua representaron el 70% del PIN

Las cifras sobre el costo económico global de la degradación ambiental en el país son sustanciales. Con base en la información de INEGI (1996 y 1999), a través del Sistema de

Cuentas Económicas y Ecológicas de México, se ha estimado que entre 1985 y 1996 la economía del país experimentó, año con año, una pérdida promedio del Producto Interno Bruto del 2.31% por costos de agotamiento y del 8.98% por costos de degradación. Esto suma un total de 11.30% del producto, lo cual proyectado a precios de 1998, resulta en un monto equivalente a 15,462 millones de dólares anuales.¹⁰¹

La degradación ambiental en México amenaza su desarrollo a largo plazo, afecta la calidad de vida y el bienestar de la población, así como la supervivencia de diversas especies. Los impactos más importantes ocurren en el agua, el aire, la biodiversidad y los recursos forestales. Las actividades productivas que más contribuyen a este problema son la agricultura, la ganadería, la industria y el turismo, así como el desordenado proceso de urbanización y el deficiente manejo de los recursos energéticos.

En relación con la contaminación ambiental del aire en espacios cerrados y sus efectos nocivos sobre la salud, se destaca que la exposición continua y prolongada a ciertos contaminantes en los hogares, incrementa significativamente el riesgo para la salud de sus integrantes. Hay investigaciones que asocian la contaminación en espacios cerrados a insuficiencia pulmonar al nacer, aumento de la mortalidad perinatal y de lactantes, tuberculosis pulmonar, cáncer del tracto nasofaríngeo y de la laringe y específicamente en relación con el uso de carbón, al cáncer de pulmón. La exposición a la contaminación del aire en locales cerrados puede suponer una carga adicional de casi dos millones de muertes en los países en desarrollo, y alrededor del 4% de la carga mundial de morbilidad.¹⁰²

Los principales determinantes de esta morbilidad y mortalidad son: la exposición extendida y prevalente a contaminación proveniente de combustibles de biomasa no elaborados, cualquier material de origen vegetal o animal que es quemado deliberadamente por el ser humano, i.e. carbón, leña, tabaco etc.,¹⁰³ generando principalmente *riesgo de infecciones respiratorias agudas durante la infancia, de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y de cáncer de pulmón en los adultos*.¹⁰⁴

A continuación se identifican cuatro mecanismos de alineación y convergencia entre la Política Ambiental y la Política de Salud.

1. El mancomunar las políticas ambientales, de saneamiento básico y de salud para lograr el “blindaje sanitario del país”

Se deben intensificar las acciones para lograr un “Blindaje Sanitario” de México, con la activa participación de la Secretaría de Salud, como cabeza de sector, a fin de consolidar el cambio en cuatro campos: 1. el acceso universal a agua potable tanto para las áreas urbanas como para el sector rural, 2. el tratamiento y saneamiento del total de las aguas residuales, 3. el avance en la cobertura del saneamiento básico, al menos para el 60% de la población rural y 4. el tratamiento efectivo de la basura.

El Estado debe analizar la problemática del rezago en materia de saneamiento básico y tratamiento de aguas, evaluar la eficacia de la municipalización de estas funciones y establecer una nueva estrategia con la participación coordinada de los 3 niveles de Gobierno, la inclusión de la Secretaría de Salud y un proceso de rendición de cuentas más estricto.

2. El fortalecimiento de programas de contingencias y desastres

Se requiere hacer un diagnóstico sobre la situación de alto riesgo, resultante de problemas ambientales relacionados con el cambio climático y atmosférico, y tener preparados los recursos económicos, así como los programas de acción básicos, para responder de manera oportuna, eficaz y eficiente ante contingencias.

Es muy importante evaluar la situación de riesgo ante contingencias y desastres a nivel local, la capacidad contributiva de los diversos agentes económicos, tanto de los 3 niveles de gobierno como de las familias y las empresas, y el grado de cobertura de seguros ante eventos, para que los recursos públicos no se destinen en su totalidad a reparar los daños, sino que poco a poco se destinen a cubrir primas de riesgo.

A su vez, es fundamental el establecimiento de estrategias para mejorar permanentemente la capacidad de respuesta gubernamental ante contingencias y desastres, a través del monitoreo de los recursos y del adecuado cumplimiento de las promesas y compromisos adquiridos por los 3 niveles de Gobierno, considerando que la evaluación y el monitoreo deben incluir: las situaciones anteriores al desastre, en su fase crítica o aguda, en el periodo inmediato al desastre y, sobre los compromisos y acciones de mediano plazo comprometidas para disminuir la situación de riesgos futuros.

3. La focalización de acciones para promover una “Programa de Aire Limpio en Lugares Cerrados”

Se requiere promover la utilización de combustibles más limpios y eficientes, como la electricidad y el gas, así como de nuevas tecnologías baratas como las estufas “Lorena”, y la generación de mecanismos para hacerlas extensivas a un mayor número de personas, como mecanismo para la procuración de la salud en el hogar y la restauración y sostenibilidad del medio ambiente saludable.

4. El desarrollo de sistemas de información que integren efectos ambientales y de salud

Se propone que se integren las metodologías de medición de daños ambientales como el Producto Interno Ecológico (PINE), con metodologías que agregan información de daños a la salud como los Años de Vida Saludables (AVISA) y que juntas puedan integrar el tamaño del daño económico causado por la suma de problemas ambientales y de salud.

2.3 Globalización de la economía y Complejo Médico Industrial

En este apartado se presentan las modificaciones, en el contexto económico y social, que genera el proceso de competencia internacional de un país plenamente integrado a la globalización y las implicaciones de este nuevo entorno en materia de salud.

El análisis del nuevo contexto de México resultante de la globalización, se efectúa a partir de la exposición de tres grandes temas: la política externa y las nuevas transacciones in-

ternacionales, el desarrollo del turismo y la consolidación del “Complejo Médico Industrial Mexicano” a partir del apoyo de una política de salud que deliberadamente lo conciba como palanca de desarrollo nacional.

2.3.1 Transacciones internacionales, migración, turismo y salud internacional

El enfoque integral del fenómeno de globalización de las economías, debe incluir aspectos importantes relacionados con la “Salud Internacional”.

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:

1. *Las pandemias*; es decir las enfermedades que pueden propagarse masiva y rápidamente en más de un país sin respetar fronteras, pueden producir externalidades negativas extremas que detonen una catástrofe de corto, mediano o largo plazo y arruinen económica y socialmente al país que la sufre y pongan en altísimo riesgo a una región geográfica mayor que puede alcanzar a todo el mundo. Para enfrentar dichas amenazas, se requiere de intervenciones en grandes economías de escala que obligan a la cooperación internacional deliberada.

2. *La interconexión estructural de los procesos de producción entre las economías del mundo* es decir: los movimientos continuos de personas, bienes y servicios, del nuevo patrón productivo, entre los diferentes países incrementa geométricamente los canales posibles de transmisión de enfermedades y agentes patógenos.

En relación con las pandemias, actualmente han surgido nuevas amenazas para la salud de alcance mundial, para las que todavía se están buscando medidas de control internacional, como por ejemplo, el VIH/SIDA y los virus de Ébola, de Marburgo y la Gripe Aviar. Además, muchas enfermedades más “antiguas”, como la tuberculosis y el paludismo han adquirido mayor peligrosidad al desarrollar resistencia frente a los medicamentos corrientemente utilizados para tratarlas.

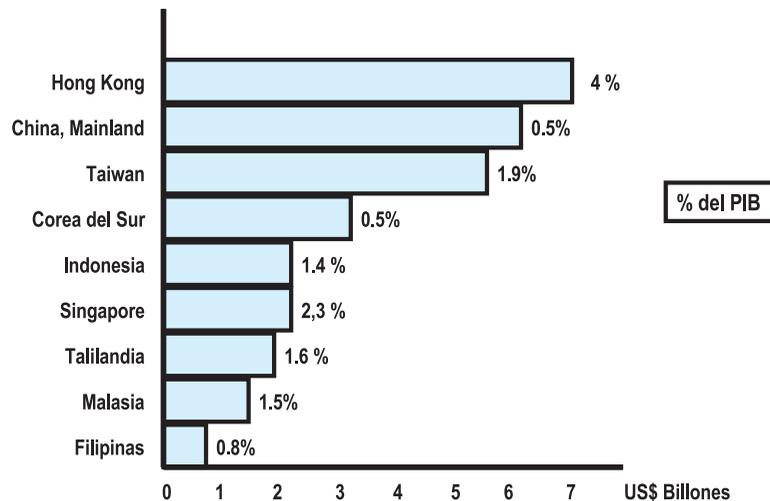
En 2003 el “Asian Development Bank” estimó los costos, como porcentaje del PIB y en billones de dólares, que el problema del SARS le ocasionaría a las principales economías asiáticas. (Cuadro 35)

En las últimas décadas se han reducido las medidas de imposición, de restricciones, al comercio o viajes y se han sustituido por una combinación de sistemas de vigilancia epidemiológica de alerta temprana, planes de preparación para epidemias, creación de reservas de medicamentos, agilización de las comunicaciones, y difusión de toda la información disponible a través de internet, con el fin de facilitar una pronta intervención.¹⁰⁵

En el contexto internacional, hay enfermedades de rápida transmisión que preocupan a la comunidad mundial. En relación con el VIH/SIDA, se ha estimado que a finales del milenio, 22 millones de personas en el mundo habían muerto por esta enfermedad y el número subirá 3 millones por año; 36 millones de personas vivían con la enfermedad y 5 millones fueron infectados tan sólo en el 2000, por lo que cualquier estimación subestimaría el impacto futuro de esta pandemia.

El incremento en la morbilidad y la mortalidad ha tenido impactos muy significativos en las economías nacionales, que reducirán el crecimiento del PIB en varios países, sobre

Cuadro 35
 El Costo del SARS:
 Estimaciones Preliminares del Costo de la Pandemia como % del PIB
 "Asian Development Bank"



Fuente: Organización Mundial de la Salud, *Communicable Diseases. SARS*, 17 de Junio 2003.

todo en África del Sub-Sahara y han desencadenado un círculo vicioso, que más bien parece una "espiral negativa", en donde se ha desencadenado un proceso contractivo caracterizado por: mayor incidencia y prevalencia de enfermos-más, muertes-más, incapacidades laborales-mayores, costos de producción-menor inversión directa, tanto nacional como extranjera-menor, creación de empleos-contracción económica-mayor pobreza-mayor enfermedad

Las pérdidas económicas se dan para todos los agentes económicos ya que en las familias, la enfermedad y muerte prematura generan una disminución significativa del ingreso y un incremento del gasto por los tratamientos excesivamente caros, así como ausentismo de los trabajadores, lo que en la práctica es un obstáculo para obtener un empleo y causa de perderlo.

En relación a las pandemias, algunas lecciones que se han aprendido de experiencias recientes son:

- Los costos asociados a las pandemias son cuantiosos, impredecibles e incontrolables.
- Un buen sistema de salud requiere de una excelente vigilancia epidemiológica para actuar a tiempo y sellar fronteras.
- El control de aeropuertos y puertos es fundamental para la acción coordinada internacional.
- La estigmatización internacional tiene el poder de acabar en pocos días con la economía de un país.

- La aparición de una pandemia puede detonar una dinámica negativa imparable que dañe económicamente al país de forma severa.

- Para poder controlar una pandemia se requiere de un Sistema Nacional de Salud eficaz que integre acciones de salud pública, regulación sanitaria, saneamiento básico y cobertura universal de la medicina de familia.

Para evitar que se desencadene una dinámica de terror, por un problema de salud pública, que destruya la economía de un país, es necesario el “Blindar en Términos Sanitarios al País”, lo cual implica medidas para reforzar la salud pública, especialmente el saneamiento básico y la regulación sanitaria; así como, el contar con una atención eficaz, a la persona fundamentada en una medicina de familia generalizada con presencia nacional y rendición de cuentas detallada a nivel de micro-regiones.

La cobertura universal de la medicina de familia, la garantía de saneamiento básico para todos los ciudadanos, el acceso a agua potable entubada y las acciones sistemáticas en salud pública son los elementos centrales para prevenir, detectar a tiempo y actuar, controlar los problemas y sus repercusiones. De no contar con estos elementos el riesgo de generar o contagiarse de una pandemia pueden arruinar económica y socialmente a un país.

De las experiencias pandémicas asiáticas, ¿Cuántas de las condiciones que desencadenaron el problema persisten para México?, casi ninguna en el México moderno, pero desgraciadamente casi todas en las regiones del México atrasado, ya que el país históricamente no ha podido superar la extrema desigualdad y persisten rezagos regionales caracterizados por un entorno de insalubridad y deficiente cobertura de la medicina de familia. Además, al descentralizarse el saneamiento básico al nivel municipal, en los ochentas, se ha atomizado el problema y el proceso de rendición de cuentas se ha diluido. (Cuadro 29)

No obstante, el sistema de vigilancia epidemiológica nacional y las acciones para controlar los brotes en México, como el Cólera, han demostrado que parte del sistema de salud funciona eficazmente y que pese a las fallas estructurales en materia de baja cobertura de saneamiento básico y medicina de familia, se ha podido salvaguardar un nivel de salud adecuado, pero *el riesgo de una catástrofe siempre está latente*.

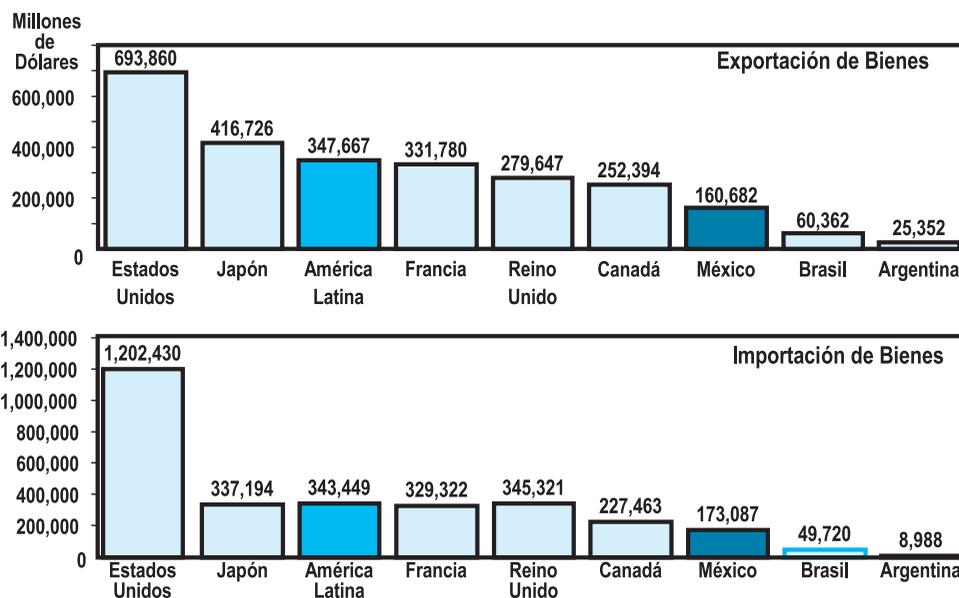
En relación con el segundo proceso que ha transformado el concepto de Salud Internacional: la interconexión estructural de los procesos de producción entre las economías del mundo, se observa que la economía mexicana está plenamente integrada a la economía mundial.

Para dimensionar la magnitud de la interconexión de la economía mexicana con la economía del resto del mundo, baste mencionar que las exportaciones mexicanas a principios del milenio, eran equiparables a las exportaciones de todos los otros países de América Latina juntos. (Cuadro 36)

Uno de los mecanismos que relacionaban el comercio y la salud data de la creación del GATT, en donde se prohibía la discriminación entre Miembros o mercancías, sin embargo su artículo XX garantizaba el derecho de los Miembros a adoptar medidas para restringir las importaciones o exportaciones, de productos, cuando esas medidas fueran necesarias para proteger la salud y la vida de las personas y de los animales o para preservar los vegetales.¹⁰⁶

México exportó en el año 2005, un total de 213,711 millones de dólares e importó en 221,269 millones de dólares.¹⁰⁷ México es el tercer socio comercial de Estados Unidos y la integración de la economía mexicana con la norteamericana va en aumento.

Cuadro 36
Exportación e Importación de Bienes
Para Países Seleccionados en 2002



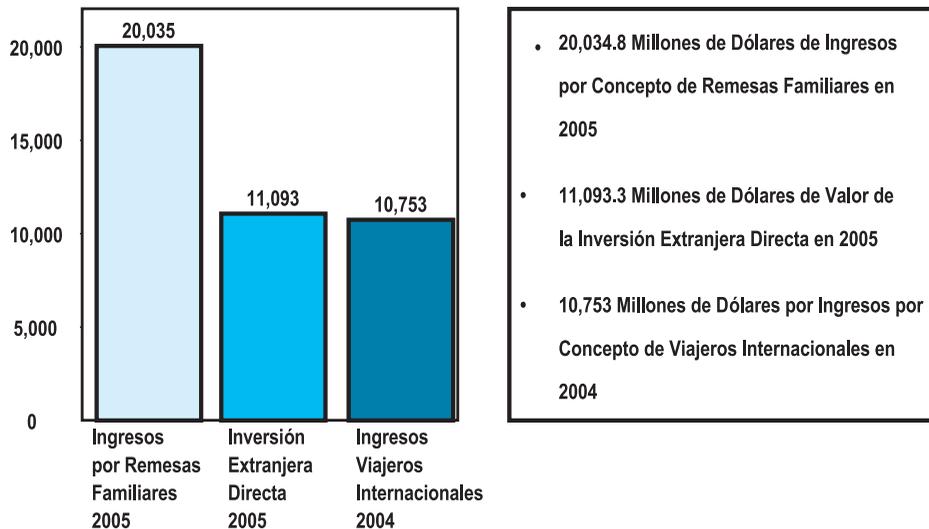
Fuente: *World Development Indicators 2004*, Banco Mundial, Estados Unidos, 2004.

La medida en que las actividades comerciales repercutan o no en los niveles de vida de toda la población, dependerá de sus vinculaciones con otros sectores de la economía y de las modalidades de distribución de los ingresos provenientes del comercio. En su conjunto, tales factores determinarán el grado en que los ingresos de exportación beneficiarán a la población, en lugar de profundizar las desigualdades existentes, la participación del sector sanitario, en la formulación de políticas de desarrollo, puede garantizar que los recursos adicionales se canalicen hacia la salud, especialmente de los más vulnerables, ante la globalización, de forma racional y costo-eficiente, lo que contribuiría a una mejora sanitaria y a una mayor equidad en materia de salud.¹⁰⁸

Además de las exportaciones y las importaciones de bienes y servicios, otros dos procesos son importantes para dimensionar económicamente a la globalización: el tránsito internacional de personas y el flujo internacional de capitales. México presenta tres cifras para dimensionar el peso de la globalización: 1. el “Ingreso por Remesas Familiares”, que en 2005 fue de 20,035 millones de dólares, 2. la “Inversión Extranjera Directa”, que fue para ese mismo año de 11,093 millones de dólares, y 3. los ingresos de divisas de viajeros internacionales en México, que en 2004 fue de 10,753 millones de dólares. (Cuadro 37)¹⁰⁹

Se destaca el gran dinamismo que se han presentado los “Ingresos por Remesas Familiares”, resultantes principalmente de la migración de trabajadores mexicanos hacia los Estados Unidos, ya que representaron en 2005 casi el doble del monto captado por la “Inver-

Cuadro 37
Grandes Cifras del Sector Externo en el 2004 y 2005
Millones de Dólares



Fuente: INEGI, *Sector Externo. México en Cifras*. Consulta www.inegi.gob.mx, 21 Abril. 2006.

sión Extranjera Directa” y por “Ingresos de Viajeros Internacionales en México”. Asimismo, se observa que cuatro años antes, en 2001, las remesas sólo representaban 60% de la Inversión Extranjera Directa y que se duplicaron en dicho periodo. (Cuadro 38)

El proceso de migración de trabajadores mexicanos a los Estados Unidos es ya un “problema de Estado” y requiere de la solución conjunta entre ambos países. Un tema central, en esto, es el aseguramiento de las condiciones de salud de los trabajadores migrantes y sus familias.

En relación con la “Inversión Extranjera Directa”, en la competencia internacional por capitales, el país debe ofrecer a los inversionistas en materia de salud 3 condiciones: 1. un entorno saludable, 2. una fuerza de trabajo sana, es decir un capital humano de calidad y 3. un sector salud eficiente con costos comparativamente bajos para gestionar la salud de sus trabajadores y familias. Hay países como Costa Rica, que a partir de la comparación de diversos indicadores sobre el estado de salud y sobre el desempeño del sistema de salud, presentan índices mucho más favorables que México, por lo que cada vez más, un entorno saludable, una fuerza de trabajo sana y un sector salud eficiente, son condiciones que favorecen la captación de Inversión Extranjera Directa.

Por otro lado, en cuanto a aspectos directamente relacionados con el “Proceso de Globalización de la Atención Médica” se observan cuatro tipos de interacción en el Comercio Internacional a partir de los cuales, tanto consumidores como oferentes pretenden maximizar sus beneficios en salud y requieren explotarse de mejor forma dentro de las políticas de salud: (Cuadro 39)

Cuadro 38

Ingresos por Conceptos de Remesas Familiares en Países de América Latina
Seleccionados 1995-2001

Países	Remesas (US \$ Millones)			Año 2001		
	1995	1999	2001	% de IED	% de PIB	% de Export.
México	4,000	6,795	9,274	60.0 %	1.4 %	5.0 %
Brasil	1,700	1,898	5,000	6.0 %	0.3 %	4.0 %
República Dominicana	950	1,747	1,807	129.0 %	10.0 %	34.0 %
El Salvador	1,200	1,580	1,972	684.0 %	12.6 %	63.2 %
Ecuador	200	1,247	1,415	196.0 %	10 %	28.0 %
Perú	700	819	950	400.0 %	1.6 %	13.0 %
Colombia	530	612	600	44.0 %	0.7 %	5.0 %

Fuente: FOMIN (2001), Banco Interamericano de Desarrollo y América Economía

Cuadro 39

El Proceso de Globalización de la Atención Médica

Consumo de Servicios de Salud en el Exterior	Mexicanos a Hospitales USA	Pacientes Mexicanos en USA
	Extranjeros a Hosp. Mexicanos	Pacientes de USA y Centroamerica
Movimiento de Personas Trabajadores, Estudiantes, etc.	Mexicanos en Norteamérica	Trabajadores Indocumentados
	Extranjeros en México	Pensionados USA, Centroamericanos
Presencia Comercial	Mexicana en el Exterior	Aseguradoras para Mexicanos
	Extranjera en México	Aseguradoras y cadenas extranjeras
Oferta Transfronteriza	Para Mexicanos en el Exterior	Seguro Salud Indocumentados
	Para Norteamericanos en Méx.	Medicare para Pensionados de USA

Fuente: Frenk J, Gómez Dantés O, Cruz C. *El Tratado de Libre Comercio y Los Servicios de Salud*, Academia Nacional de Medicina, 1994, México.

1. Consumo de servicios de atención médica en el exterior:

A crecido el movimiento transfronterizo de pacientes para recibir tratamientos médicos, debido principalmente a una mayor información, mejores medios de comunicación y a las diferencias en costos, calidad, disponibilidad de nuevas tecnologías, cuestiones culturales como idioma, creencias y valores, así como diferencias en el acceso a servicios de salud entre países. Por lo que generalmente los pacientes de países pequeños o con menor nivel de desarrollo se pueden ver beneficiados por la tecnología y economías, a escala, que desarrollan los países más industrializados, sobre todo en tratamientos complicados o de tercer nivel. Pero en otro sentido, pacientes de países desarrollados pueden beneficiarse de estancias médicas en países como México, donde los costos de atención son menores, el clima es más generoso y el cuidado puede ser más personalizado.

2. Movimiento transfronterizo de personas:

Estos flujos internacionales de personas ya no se dan sólo para consumir un determinado servicio, sino con fines de trabajo legal o ilegal, de estudio, de entrenamiento o por cambio de residencia por diversos motivos.

En el sentido de mexicanos hacia los Estados Unidos, se destaca la presencia de más de 10 millones de trabajadores migrantes que requieren de una nueva forma de gestionar su salud y de hacer valer sus derechos ciudadanos en materia de salud, así como de un nuevo entorno para conseguir la protección y seguridad social de ellos y sus familias.

En el sentido de extranjeros viviendo en México, especialmente los pensionados norteamericanos que residen en el país, se requieren hacer valer también de forma transfronteriza sus derechos ciudadanos en materia de aseguramiento en salud, por lo que los países deben trabajar de manera conjunta para que aseguradoras, como Medicare, puedan acreditar proveedores de salud en México que otorguen servicios médicos de calidad a los ciudadanos estadounidenses.

Un fenómeno al que hay que darle una especial atención es a la migración de trabajadores de la salud como las enfermeras, recurso que es escaso en México y que comienza a ser muy apreciado en los Estados Unidos.

3. Presencia comercial:

El hecho de que 10 millones de mexicanos estén viviendo en los Estados Unidos ya crea en sí mismo una demanda de atención médica muy especial que debe encontrar una oferta que, por un lado, responda a las necesidades y valores de los mexicanos y por el otro, resuelva las exigencias del nuevo entorno norteamericano, que incluya centros educativos y de capacitación en salud, así como el establecimiento de infraestructura como hospitales y clínicas, que den lugar a toda una rama de negocios en el sector salud en países distintos al de origen.

A su vez, cadenas norteamericanas de servicios de salud pre-pagados, pueden establecerse en México, ante la presencia de un mercado de servicios médicos privados crecientes, combinada con una muy baja cobertura de 3% del aseguramiento privado.

4. Oferta transfronteriza de servicios de salud:

Esta ocurre en un contexto tradicional de entrega de muestras y diagnósticos médicos, que no implican necesariamente el movimiento del paciente, o en un contexto marcado por el desarrollo de las tecnologías de comunicación e información (i.e. teladiagnóstico) y con el avance tecnológico propiciará mejores opciones para otorgar determina-

dos servicios más-costo-efectivos que deberían considerarse en la subrogación de intervenciones.

Pasando al último tema relevante en materia internacional, se destaca que el Sector Turismo tiene una importancia especial en México, ya que en el 2000, el país fue la décimo segunda potencia turística a nivel mundial, captó 8.3 miles de millones de dólares, tuvo un crecimiento anual cercano al 15%, con una cuota del mercado mundial del 1.7% y representó 8.4% del PIB Nacional. (Cuadro 40)

Cuadro 40
Quince Primeros Países que Captan Ingresos por Turismo a Nivel Internacional (1999 y 2000)

Rango	País	Ingresos por Turismo Internacional (Miles de Millones de Dólares)		% Variación 2000 / 1999	% Cuota de Mercado 2000
		1999	2000		
1	Estados Unidos	74.9	85.2	13.7	17.8
2	España	32.4	31.0	- 4.3	6.5
3	Francia	31.5	29.9	- 5.1	6.3
4	Italia	28.4	27.4	- 3.2	5.7
5	Reino Unido	20.2	19.5	- 3.5	4.1
6	Alemania	16.7	17.8	6.5	3.7
7	China	14.1	16.2	15.1	3.4
8	Austria	12.5	11.4	8.7	2.4
9	Canada	10.7	9.5	- 6.9	2.0
10	Grecia	8.8	9.3	5.8	1.9
11	Australia	8.0	8.4	5.3	1.8
12	México	7.2	8.3	14.8	1.7
13	Hong Kong	7.2	7.9	9.4	1.7
14	Federación de Rusia	7.5	7.7 °	2.7	1.6
15	Turquía	5.2	7.6	46.8	1.6

Fuente: Organización Mundial de Turismo, 2002.

La participación del Turismo en México a finales de la década de los noventa era superior al 8% del PIB y representaba en 2000 el 15.8% del Consumo Privado. El turismo se incrementa cada año globalmente y se espera un crecimiento del 3.9% en promedio anual.

Los “Ingresos por Viajeros Internacionales” pasaron de 8.3 miles de millones de dólares en 2000 a 10.7 millones de dólares en 2004; por lo que se debe poner especial atención en preservar la salud de los viajeros, dada la enorme competencia entre destinos y el alto peso que los ingresos turísticos significan para la economía de un país.¹¹⁰

En los países desarrollados se ha generado la denominada “emporiatría” como una rama de la Salud Pública encargada del estudio de la relación entre la salud y el turismo.¹¹¹

La coordinación de políticas entre el sector salud y el turismo es una medida que produce beneficios económicos y sociales importantes, más allá del incremento de la productividad del capital humano.

Las cifras en turismo para la economía mexicana son contundentes, es muy difícil encontrar a un sector en la economía con una tasa de crecimiento tan alta, prospectivas tan pro-

metedoras y repercusiones tan favorables pero, para seguir creciendo, hay que mejorar sustancialmente aspectos relacionados con un ambiente saludable, un mejor saneamiento básico, regulación sanitaria moderna y la garantía de la salud de todos los turistas.

A continuación se identifican seis mecanismos de alineación y convergencia entre la Política Exterior, la migración y el turismo con la Política de Salud.

1. Desarrollar el Seguro Social para trabajadores mexicanos migrantes

México cuenta con más de 10 millones de trabajadores que han migrado internacionalmente y está por negociar un acuerdo migratorio con los Estados Unidos, por lo que se debe generar un nuevo esquema de seguridad social que cubra a los migrantes y sus familias en los 5 ramos de aseguramiento: salud, pensiones, riesgos de trabajo, invalidez, vida, guarderías y prestaciones sociales.

2. Promover un convenio con MEDICARE para garantizar el aseguramiento en salud de Pensionados Norteamericanos en México

Una de las barreras para que pensionados y jubilados, estadounidenses, se asienten en el país es el no contar con mecanismos suficientes para hacer válidos sus derechos de atención a la salud en México, por lo que es necesario instrumentar acciones para que MEDICARE certifique proveedores de salud en México y se acuerden mecanismos para su financiamiento con fondos de dicha aseguradora.

3. El abaratamiento del costo del aseguramiento en salud y el mejoramiento del nivel de vida de los mexicanos, como variables para atraer capitales

Se deben mejorar, tanto los indicadores de salud como los indicadores de desempeño del Sistema Nacional de Salud y propiciar una reducción del costo del aseguramiento en salud, como elementos favorables en la competencia internacional para atraer capitales. La mejora en índices de salud-capital humano, combinados con medidas de aseguramiento universal en salud, en condiciones de eficiencia, deberán ser acciones que una vez instrumentadas se utilicen como ventajas comparativas para promover la inversión extranjera directa en México.

4. Promover convenios para la venta de servicios de alta especialidad a países de Centro América

México al ser un país grande, en términos poblacionales, y contar con un amplio mercado de medicina especializada dentro de las instituciones públicas, podría evaluar la pertinencia de vender capacidad excedente al mercado centroamericano, como una de las estrategias institucionales para incrementar y diversificar las fuentes de financiamiento, para lo cual se deberán instrumentar sistemas de costos específicos y evaluar la existencia de capacidad ociosa para vender a instituciones de otros países.

5. Focalizar acciones para el “Blindaje Sanitario de Enclaves Turísticos” y para la promoción del Turismo de Salud

Hay que reforzar las acciones de saneamiento básico de los enclaves turísticos, ya que la concentración de gran número de turistas en localidades específicas pueden convertirse en focos contaminantes, si se carece de infraestructura y servicios adecuados para su disposición.

Se requiere instrumentar una política de turismo y salud que garantice y evalúe las acciones para fomentar el manejo higiénico de alimentos y bebidas, espacios y servicios, otorgando reconocimientos y certificados especiales a las instalaciones que ofrezcan servicios adecuados a la salud del turista, así como procurar la atención médica a quienes lo requieran, con el seguimiento de cada caso ocurrido.¹¹²

Finalmente se recomienda que el Gobierno Mexicano otorgue un mayor impulso a la “Industria Turística de Salud” y se establezcan medidas para su desarrollo a partir del Fondo Nacional de Turismo FONATUR.

6. El apoyo internacional para la erradicación y eliminación de enfermedades, que apunte al “Sistema de Vigilancia Epidemiológica” para el desarrollo de la investigación multicéntrica y multipaís, sobre enfermedades que podrían generar pandemias

El “Blindaje Sanitario de México” debe fortalecerse en tres niveles: 1. los “Programas de Erradicación y Eliminación de Enfermedades”; 2. las “Actividades de Vigilancia Global”; 3. el desarrollo de la “Investigación por Misión”, multicéntrica-multipaís. Estas son las 3 acciones que más claramente actúan sobre los “Bienes Públicos Globales en Salud”, ya que al eliminar o erradicar una enfermedad de México se benefician otros países, y al mismo tiempo si se optimiza el “Programa de Vigilancia Epidemiológica”, se podrá tener una más oportuna detección, así como mejores herramientas para actuar de forma rápida, controlar brotes y evaluar sistemáticamente resultados.

En relación con la “Investigación por Misión” multicéntrica y multipaís, se podrían lograr apoyos internacionales para desarrollar investigaciones sobre enfermedades con riesgo de generar pandemias bajo protocolos de investigación estandarizados, así como brindar capacitación en esas áreas. La investigación puede ir desde los aspectos fundamentales de la prestación, hasta soluciones alternativas a padecimientos en específico, regionales o hasta mundiales.¹¹³

2.3.2 Complejo Médico Industrial y Política de Salud

En México el sector privado resulta estratégico para la provisión de bienes y servicios de atención a la salud, por lo que esta sección constará de 3 subapartados: 1. La problemática y características del “Gasto de Bolsillo en Salud” y las oportunidades para el desarrollo del sector privado, 2. La Atención Médica Privada, y 3. La industria Químico 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 ocurrido 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 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.

2.3.2.1 El Gasto de Bolsillo en Salud: problemática y oportunidades para el desarrollo del Sector Privado

El hablar de financiamiento privado de la salud en México, no debe remontarnos exclusivamente a las personas ricas, sino más bien a la población pobre que no cuenta con ningún tipo de aseguramiento para enfrentar sus demandas de atención, así como a la población asegurada insatisfecha con los servicios de atención médica otorgados por instituciones públicas.

Como se expuso en la sección dedicada a la pobreza, el principal activo que tiene el pobre es su cuerpo y si éste enferma la posibilidad de generar ingresos para la manutención de su hogar se ve drásticamente afectada por lo que las personas pobres, a pesar de sus carencias, destinan cuando no están aseguradas o están insatisfechas con los servicios públicos, grandes porcentajes de su gasto familiar a la atención médica.

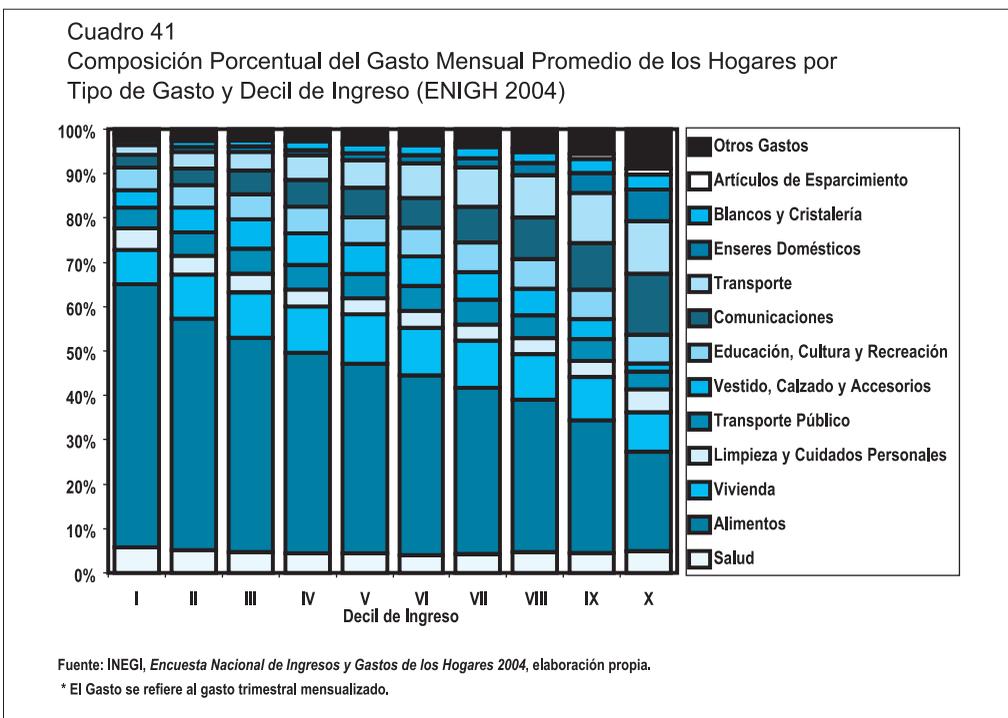
La CEPAL afirma que:

...la distribución del ingreso per cápita de los hogares refleja fielmente la desigual distribución de la educación, del conocimiento, del patrimonio y del acceso al empleo y al financiamiento entre la población. El acceso a estos activos está condicionado por la capacidad de pago para acceder a servicios de educación y salud de buena calidad, así como a fuentes de financiamiento y mercados de trabajo segmentados. Se configura, pues, un círculo vicioso de reproducción de la pobreza, ya que son los jóvenes nacidos en hogares pobres quienes tienen menos acceso a mercados y a activos que les permitirían superar la pobreza.¹¹⁴

En México 48,971,350 personas, en 2004, vivían en condiciones de “Pobreza de Patrimonio” esto implicaba que el gasto de los hogares estaba de antemano comprometido y no presentaba holgura alguna para soportar gastos adicionales. Es decir, la estructura del gasto familiar de los pobres se alteraba por centavos y no tenía espacios para asumir gastos no programados, como lo son muchas veces los gastos para atención médica.

En 2004 información captada por la Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares ENIGH, se estimó que en el 20% más pobre de la población está comprometido el 80% del gasto familiar en 5 rubros ineludibles: comer, pagar la renta, artículos de limpieza, cui-

datos personales y transporte público, por lo que a las familias más pobres no les queda espacio para pagar del bolsillo gastos en atención médica. (Cuadro 41)



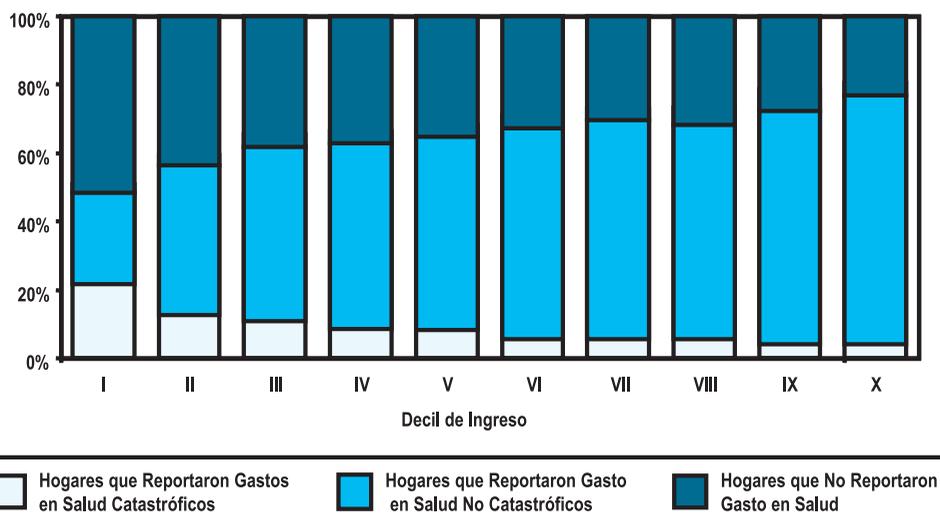
Una estructura de gasto familiar comprometida y sin espacio para gasto en otros rubros, tiene tres efectos principales sobre el gasto de bolsillo en salud: a) la proporción de recursos económicos destinados a la salud es muy baja y los montos resultan *insuficientes* para resolver las necesidades de atención, por lo que difícilmente se destinará suficiente dinero para actividades de prevención y los tratamientos en muchas ocasiones serán incompletos e inadecuados, b) la población pobre se *resistirá a gastar* hasta que se presente una demanda ineludible y c) ante las restricciones presupuestales del hogar y la no actuación de manera oportuna, la posibilidad de incurrir en *gastos catastróficos* resultantes del gasto de bolsillo en salud es muy elevada.

Los tres efectos anteriormente mencionados: insuficiencia de gasto, resistencia a gastar y contar con altos riesgos de sufrir gastos catastróficos, quedan perfectamente expresados cuando se analiza el porcentaje de hogares por decil de ingreso que, según la ENIGH 2004, no reportó gasto en salud, reportó gasto de bolsillo en salud sin que fuera catastrófico o bien, sufrió un gasto de bolsillo en salud catastrófico. (Cuadro 42)

En relación con el segmento de *hogares que no reportaron en la ENIGH 2004 gasto en salud*, hay diversas hipótesis para que las familias no gastarán, de las cuales destacan cuatro:

1. Los miembros de los hogares no se enfermaron, o en caso de presentarse enfermedades están plenamente satisfechos con los servicios públicos pre-pagados o totalmente subsidiados, esta hipótesis podría aplicarse a los hogares de los deciles VII, VIII, IX y X.

Cuadro 42
Distribución Porcentual de los Hogares con Gasto en Salud y los Hogares que Reportaron No Gasto en Salud por Decil de Ingreso-ENIGH 2004



Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2004, elaboración propia.
* El Gasto se refiere al gasto trimestral mensualizado.

2. La imposibilidad de las familias sin aseguramiento, las más pobres, de destinar parte del ingreso a la atención médica, por lo gravoso que resulta para ellas el gasto en alimentación y vivienda que absorben la mayor parte del ingreso familiar.

3. La autopercepción de la salud, que al ser subjetiva puede no revelar la necesidad de atenderse oportunamente o anticiparse a un daño, pese a que objetivamente se podría identificar y justificar científicamente la demanda de atención médica.

4. La existencia de barreras organizacionales, como no estar asegurado, y culturales que conducen a que solamente cuando la enfermedad tiene manifestaciones graves, que reflejan lo impostergable de la atención médica, son atendidas.

Debido a que diferentes estudios ratifican que la desigualdad se manifiesta en múltiples indicadores, y en este caso, en una mayor incidencia de enfermedades en los pobres con respecto a los ricos, se esperaría que los pobres al sufrir una mayor incidencia, prevalencia y letalidad de enfermedades y no estar asegurados destinarían una mayor proporción del gasto de bolsillo en salud, pero se observa lo contrario, ya que mientras más pobre es el hogar mayor es la proporción de hogares que no gastan, por lo que parece ratificarse la hipótesis de que la población pobre no asegurada no gasta hasta que es indispensable, es decir a nivel nacional hay un *subgasto*, que en un nuevo contexto de aseguramiento universal, reclamaría parte del financiamiento público adicional para completar la demanda no resuelta de salud de los pobres.

El Gasto de Bolsillo en Salud se ha identificado como un factor de empobrecimiento para los hogares que están excluidos del sistema de salud,¹¹⁵ sea por no tener acceso a la seguridad social, o por no estar satisfechos con los servicios ofrecidos por las instituciones que los cubren con seguros públicos y tener que pagar de su bolsillo en el sector privado, por la atención médica frente a un accidente o enfermedad.

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006, se estimó que 52% del gasto total en salud en México se realiza a través del pago directo de bolsillo que se ha tipificado como uno de los mecanismos más injustos e inequitativos para el financiamiento de la salud.¹¹⁶

En relación al segmento de *hogares que reportaron gastar en la ENIGH 2004*, se destaca que el gasto de bolsillo en atención médica de los hogares presenta ciertas características que lo hacen único y que pueden constituir la razón para que las familias caigan en una trampa de pobreza.

1. Puede ser un *gasto imprevisto*, que no se puede planear y no se esté preparado para afrontarlo.
2. Puede ser un *gasto ineludible*, pues cuando hay dolor se tiene que hacer algo para mitigarlo.
3. Puede ser un *gasto previsible pero ineludible*; ejemplo el gasto por atención al embarazo o parto.
4. Puede resultar de una *enfermedad crónica* que demanda un *gasto permanente*.
5. Puede resultar de una situación de *insatisfacción con los servicios públicos ofrecidos*,
6. Puede ser resultante de la *desprotección social* al no contar la familia con seguridad social y ser pobre.

7. Puede resultar de *abusos* de una práctica médica privada insuficientemente regulada.

Estas características al interactuar sobre la población pobre, que debe responder a una necesidad de atención ineludible, generan una dinámica perversa que sitúa a las familias en graves riesgos de empobrecimiento, expresados en el segmento de la gráfica que registró gastos catastróficos y que crecieron proporcionalmente de manera inversa por decil de ingreso; es decir los deciles de ingresos bajos registraron un mayor porcentaje *de gastos catastróficos*.

Tal y como se expresó en la comparación internacional del desempeño en el primer capítulo de este documento, a finales del milenio de acuerdo a los datos de la OMS, México presentaba su peor indicador de desempeño, relacionado con la *Justicia y Equidad en la Contribución Financiera* al ocupar el lugar 144 de entre 191 países, y a través de este indicador se pueden medir los gastos catastróficos en salud.

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.¹¹⁷ La forma para realizar el cálculo pertinente es:

$$CFH_i = \frac{(Gastoensalud)_i}{(Capacidaddepago)_i}$$

En el cuadro 42 se observa según las ENIGH de 2004, por decil de ingreso, el porcentaje de *hogares que presentaron gastos catastróficos en salud*.

El panorama planteado, lleva a reflexiones más allá del ámbito de la salud y del mismo sistema de salud. Tal como se observa en el análisis de la estructura de gasto de los hogares, es clara la poca holgura en cuanto a los ingresos y gastos en las familias, que además tienen muy poco margen de ajuste en su flujo corriente mensual, es decir, si hay una enfermedad en la familia este gasto distraerá recursos en todos los demás rubros que tienen cierto margen de ajuste como: educación, arte y recreación, cultura, esparcimiento, artículos de limpieza, transporte, comunicaciones, etc. Sin embargo, hay otros gastos que no se pueden disminuir (son rígidos) como la vivienda y la alimentación pues si sufren modificaciones será en detrimento de la ingesta mínima necesaria para las familias de más bajos recursos.

Sería interesante encontrar algunos indicadores de salud objetivos que brindasen información sobre el estado de salud de este *status* económico con el fin de calcular la demanda potencial¹¹⁸ y la demanda reprimida,¹¹⁹ sobre las cuales, en este nivel de análisis, aún no se puede decir gran cosa.¹²⁰

Es consistente en todos los años estudiados, en esta investigación y a partir del análisis de datos de las ENIGHs de 1992 a 2004, que son los pobres quienes tienen: un mayor subgasto en atención médica, una menor posibilidad de gastar de su bolsillo para enfrentar padecimientos y, a su vez, los que presentan una mayor probabilidad de incurrir en gastos catastróficos, situación que pone nuevamente de manifiesto la urgencia impostergable de fortalecer el financiamiento público del Seguro Popular para la atención de la salud de los mexicanos que no pueden acceder a otro tipo de aseguramiento.

Como se observó en el Cuadro 42, que en México una gran cantidad de hogares, sobre todo en los deciles de ingreso más pobres, que no gastan en salud del bolsillo, por lo que el “Porcentaje de Gasto de Bolsillo en Salud” cambiará si se divide entre la totalidad de los hogares, o si sólo se divide entre los hogares que si reportaron en la encuesta haber gastado. (Cuadro 43)

a) En 2004 si se toma como denominador a todos los hogares de la ENIGH, incluyendo los hogares que reportaron haber gastado y a los hogares que reportaron no haber tenido gasto en salud, el porcentaje máximo del Gasto en Salud de los Hogares, llegará a cerca de 3.8% y el porcentaje para el 1° decil será sólo de 2.8%.

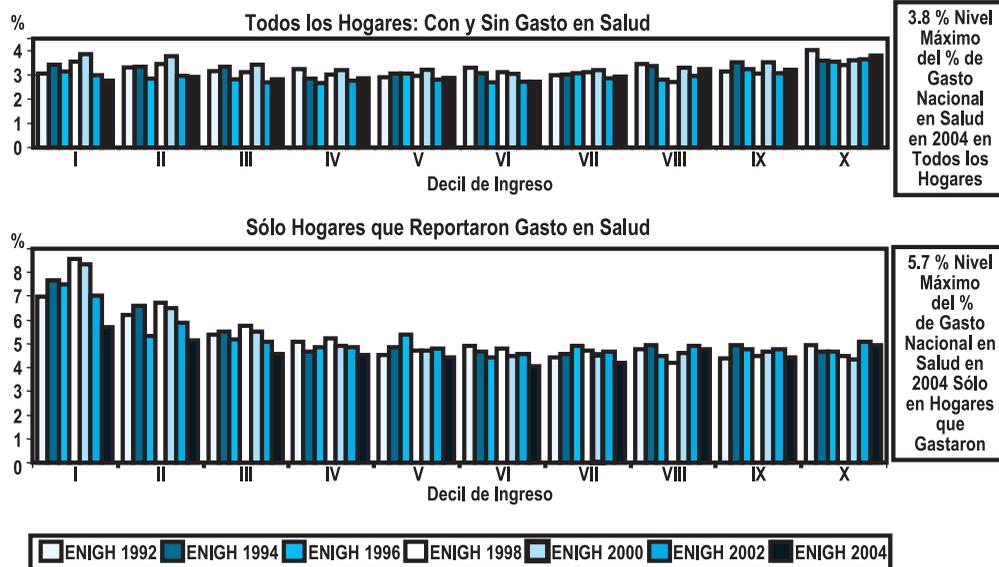
b) De otra forma, si se toma como denominador solamente a los hogares de la ENIGH que reportaron gasto en salud y se excluyen a los hogares que no gastaron, el porcentaje máximo del Gasto en Salud de los Hogares llegó en 2004 a 5.7% para el 1° decil de ingreso.

Es preocupante que cuando el hogar gasta en atención médica, el hogar pobre lo haga en demasía y vea obstaculizada la posibilidad de canalizar recursos para comer, pagar la vivienda o solventar erogaciones fundamentales y aumente su riesgo de empobrecerse, aún más.

En los *hogares que efectuaron gasto en salud* se observó, de 1992 a 2004, lo siguiente:

a) El primer hallazgo relevante es que 2004 fue un año en que en del 1° al 7° decil de ingreso, los hogares gastaron un porcentaje menor en atención médica, con respecto a todas los datos de las ENIGHs 1992-2002, que representa un *dato duro para dimensionar el impacto positivo de los Programas de Salud instrumentados en el periodo 2000-2004*, no obs-

Cuadro 43
Porcentaje de Gasto Mensual en Cuidados Médicos y Conservación de la Salud por Decil de Ingreso-ENIGHs 1992-2004



Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002 y 2004, elaboración propia.
* El Gasto se refiere al gasto trimestral mensualizado.

tante que los grandes efectos positivos del Seguro Popular no pueden medirse todavía en su real magnitud pues comenzó a operar, dicho Seguro, en 2004.

b) Para el primer decil de ingreso, se observó un porcentaje total del gasto en atención médica cercano a un 7% en 1992, sin embargo para los años 1998 y 2000 el valor porcentual de este gasto ascendió a 8.5% y en 2004 disminuyó a 5.7%. *Con este dato duro se dimensiona la eficacia económica para mejorar la equidad y los beneficios de focalizar las acciones en la población más pobre o 1° decil de ingreso de los Programas de Salud de 2000-2004.*

c) Para el 2° decil se reportan porcentajes entre 5% en 2004 hasta cerca de 7% en 1998, en este decil también se ratifica el éxito del Seguro Popular al reducirse el gasto de bolsillo en 2 puntos porcentuales.

d) Para el 3° decil la cifra se ubica entre 4.5% en 2004 y 5.8% en 1998.

e) Para los deciles 4° a 10°, la cifra promedio reportada se localiza entre 4% y 5%.

Por otro lado, cuando se controla el análisis por condición de aseguramiento y se observa el elevado gasto de bolsillo de los hogares con seguro social, se justifica la necesidad de incrementar el financiamiento público y privado para el mejoramiento de la calidad de la atención en las instituciones de seguridad social.

La necesidad de incrementar el financiamiento público en salud en 1.5 puntos del PIB es fundamental para ir enfrentando tanto el problema del sub-gasto, como el de los gastos catastróficos por motivos de atención médica, y se presenta en México una oportunidad única,

histórica, para que con los recursos adicionales se promuevan las prácticas más-costo-efectivas, es decir que se abran espacios para que el “Complejo Médico Industrial” pueda competir y si resulta ser una mejor opción, en precio y calidad, ofrecer los servicios financiados con fondos públicos.

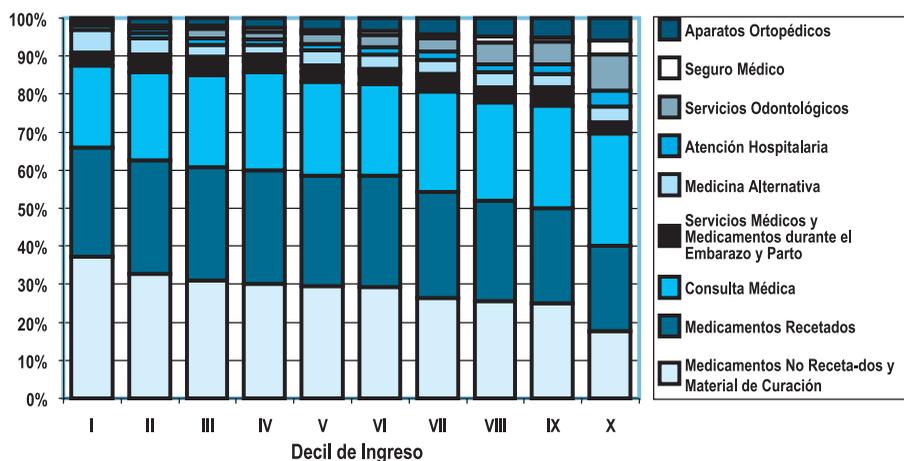
Es necesario reiterar que un incremento en el financiamiento público no debe ir acompañado automáticamente de una mayor canalización a los servicios de proveedores públicos, ya que si existen opciones en el sector privado más-costo-efectivas, son las que se deben promover.

El falso dilema de la privatización de los servicios de salud debe ser atacado frontalmente en México y se debe luchar por un incremento en el financiamiento público para consolidar derechos ciudadanos en salud pues la peor inequidad resulta de privar a personas de servicios médicos bajo la justificación de que no alcanza el dinero, en tanto se desperdician recursos por “rentas” o ampliaciones presupuestales otorgadas a proveedores ineficientes. Por lo que la ineficiencia que genera la automática transferencia de fondos a proveedores públicos o privados ineficientes se debe evitar a toda costa.

Hay que luchar por mayor financiamiento público para la salud pero con pluralismo en la provisión. La separación del financiamiento y la provisión implica que el dinero siga a los proveedores más-costo-efectivos y por lo tanto se debe evaluar económicamente tanto la prestación directa como la subrogación al sector privado.

Un último elemento que hay que tener presente para entender las características de la demanda privada por servicios de atención médica, se logra al descomponer por decil de ingreso el gasto familiar en Cuidados Médicos y Conservación de la Salud. (Cuadro 44)

Cuadro 44
Distribución Porcentual del Gasto Mensual Promedio en Salud en los Hogares por Tipo de Gasto en Atención Médica y Decil de Ingreso - ENIGH 2004



Nota: Total de Hogares de la (ENIGH 2004), 25,845,081.
Total de Hogares de la (ENIGH 2004) que presentaron gasto en salud 17,233,091.
Fuente: Encuesta Nacional Ingreso Gasto de los Hogares 2004, INEGI, cálculos propios.

En México los dos rubros de gasto más importantes en materia de Cuidados Médicos y Conservación de la Salud son los *medicamentos*, tanto *recetados* como *no recetados*. Según la ENIGH 2004, el 1° decil de ingreso destinó 37.3% de su gasto de bolsillo en salud a *medicamentos no recetados*, a los que se les suma 28.6% más como gasto en *medicamentos recetados*, dando un total de 66%. Por esta razón la sociedad civil es muy sensible al cobro del IVA a medicinas, pero el mensaje deberá ser ¡Sí al IVA a medicinas siempre y cuando se garantice que los pobres no gasten en ellas!

Se detectan 4 efectos de gran magnitud para el sector farmacéutico, ante la posibilidad de una cobertura universal del seguro de salud con garantía de medicamentos, a los que se les debe poner especial atención:

1. *Cambiarán las reglas de juego y la estructura del mercado*; ya que ante un aseguramiento universal en salud y, con el objetivo de destrabar la Reforma Fiscal, se podrá condicionar el IVA a medicamentos siempre y cuando estén garantizados los medicamentos a los pobres generándose un *efecto sustitución* de demanda privada a pública, lo que significa un *cambio de una demanda privada atomizada, no regulada hacia una demanda pública integrada y regulada*, lo cual tiene serias modificaciones en el tipo, precio, cantidad y calidad de medicamentos demandados en forma agregada. Temas como la inclusión de claves de medicamentos en Cuadros Básicos de Instituciones Públicas, precios, presentaciones, etc. se verán seriamente afectados y quedarán las decisiones más importantes, en cuanto a la compra y desarrollo de la industria, en manos de funcionarios públicos a los que se deberán acotar en cuanto a los procesos para impedir la discrecionalidad. Además, el cambio es de tal magnitud, que se requieren instrumentar las acciones a fin de planear un proceso de transición en el que todos ganen.

2. *Se modificará la composición entre Medicamentos Recetados y Medicamentos No Recetados en la Demanda Agregada*. Deudas pendientes del Sistema Nacional de Salud, como la imposibilidad de evitar la automedicación, podrán ser superadas frente a una cobertura universal del aseguramiento en salud, siempre y cuando se garantice una cobertura nominal de la medicina de familia. Paulatinamente en las farmacias se irán controlando más y más los medicamentos a surtir bajo receta y se irá reduciendo la lista de medicamentos que se pueden adquirir libremente. Es importante destacar que el papel de las farmacias, su dinámica interna, el tipo, precio, cantidad y calidad de los medicamentos a vender y su forma de operar se puede ver afectadas en sus fundamentos, por lo que se deberá prever la transición.

3. *Se incrementará significativamente el tamaño del mercado farmacéutico*. Debido a que demandas de medicamentos que no pueden ser satisfechas en un mercado privado atomizado de gente pobre, podrán ser resueltas en un mercado público integrado, se esperará un crecimiento significativo del consumo agregado de medicamentos y si se planea el proceso de transición adecuadamente, la industria química farmacéutica mexicana puede dar un salto cualitativo y convertirse en un eje dinámico para la economía. Si no se planea la transición, la dinámica económica positiva se podrá desaprovechar, o más bien la aprovechará el mercado exterior y crecería la dependencia económica en este sector estratégico.

4. *El cambio en la estructura del mercado farmacéutico afectará otros rubros como la distribución de medicamentos*. En el país se ha construido un eficaz proceso de distribución

de medicamentos que ha reducido los costos en las farmacias privadas y ha logrado que los medicamentos estén al alcance en cualquier región del país, sin embargo, el sistema de distribución de medicamentos público presenta problemas de desabasto, robo hormiga, mermas y caducidad, que para resolverse deberán apoyarse en las experiencias exitosas del sector privado y considerar la introducción de mecanismos de competencia en la distribución, para abrir espacios al sector privado en cuanto a la distribución de medicamentos a instituciones públicas.

El segundo rubro más representativo de gasto de bolsillo en salud está dado por las *consultas médicas*, que representan de 20% a 30% del gasto de bolsillo en salud. Es importante tener presente que la consulta privada médica no ha podido desarrollarse en México por su esquema de financiamiento, que es con base en pago directo del bolsillo y ante bolsillos empobrecidos sólo ha generado una microempresa expresada en consultorios médicos de pequeña escala donde trabajan de 2 a 3 personas.

Si se utilizaran los recursos adicionales de 1.5% del PIB para que la provisión de salud la pudiera otorgar el prestador más-costo-efectivo, y se le permitiera al *consultorio médico privado* entrar en la competencia y ganar, se beneficiarían las instituciones públicas aseguradoras, pues bajarían sus costos y se podría incrementar el paquete de beneficios en salud y a su vez, ganaría el mercado privado pues los consultorios podrían crecer y pasar de micro empresas a clínicas de mediano y gran tamaño, pues los ingresos de los consultorios médicos transitarían del pago de bolsillo atomizado por evento, a cuantiosos pagos programados de manera anual y de mediano plazo, bajo fórmulas capitadas u otro tipo de contratos con instituciones públicas.

Esto mismo sucedería con los otros rubros de gasto, en especial con el gasto privado en *hospitalización, odontología y aparatos ortopédicos*, los cuales resultan muy bajos y no pueden crecer debido a las limitaciones que plantea el financiarse a través de gastos de bolsillo de personas con baja capacidad de consumo. Si se logra el aseguramiento universal y el incremento del 1.5% del PIB con la posibilidad de subrogar al proveedor público y privado más-costo-efectivo, crecerán significativamente las demandas de atención en estos rubros y el sector privado hospitalario, así como las clínicas, consultorios, centros de alta especialidad y la industria productora de insumos para la salud podrá crecer bajo otras reglas y modernizarse.

Una variable que habrá que monitorear es la composición de los “Paquetes de Beneficios” de las aseguradoras públicas y se deberá insistir en irlos ampliando a fin de cubrir demandas de atención-costo-efectivas no cubiertas como los gastos de estomatología.

2.3.2.2 Atención médica privada

La situación, caracterizada por una extremadamente 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, ocasiona que el “Mercado de Insumos para la Salud” y el “Mercado de la Atención Médica” sean muy estrechos, con muy baja capacidad resolutive, un desarrollo subóptimo en tamaño, escala, calidad, tecnología y recursos.

Dicho en forma simple: para que crezca y se desarrolle el “Complejo Médico Industrial” se requieren tres condiciones:

1. Que el crecimiento del Sector Público de Servicios de Salud le abra espacios a la provisión privada en donde sea costo-efectiva que la apoye y desarrolle deliberadamente;

2. Que se modifique el esquema de financiamiento en los hogares y se transite de un financiamiento mayoritariamente del bolsillo a un crecimiento de los esquemas de pre-pago.

3. Que crezca significativamente el ingreso de las personas.

Como se puede observar dos de las tres condiciones dependen específicamente de la política en salud que adopte el Gobierno y resultaría altamente irresponsable y riesgoso, que si el detonador del crecimiento en salud viniera del sector público no se le abrieran explícita y deliberadamente espacios de participación significativa al sector privado.

En pocas palabras: Si en la estrategia de aseguramiento públicos no se abren las puertas a la provisión privada, el objetivo de aseguramiento universal no se cumplirá, será muy cara la atención y tendrá como oponente a un amplio sector, al que se le impide participar, trabajar y ofrecer soluciones.

Los Censos Económicos de 2004 mostraban que en 2003 los “Servicios de Salud y de Asistencia Social” registraban 102,940 unidades económicas, que representaban 3.4% del total de unidades censadas; 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.¹²¹ (Cuadro 45)

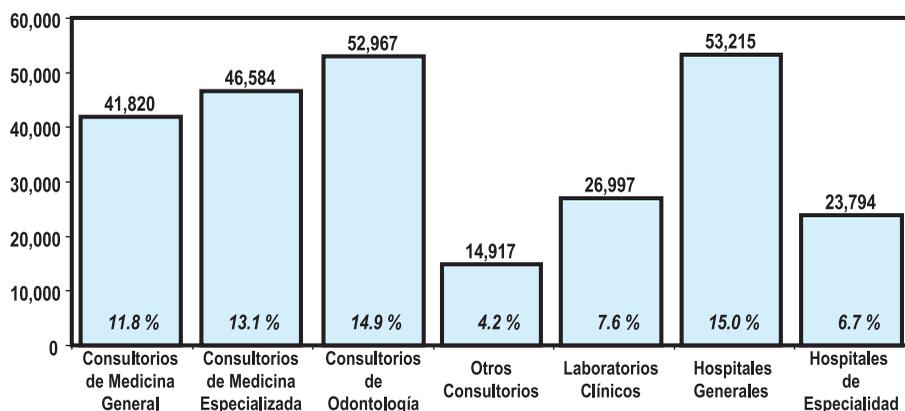
Cuadro 45
Indicadores Básicos de Unidades Médicas Privadas en México
Censos Económicos de 2004 en Miles de Pesos

	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

Se observa que la estructura del mercado, sin contar a los hospitales, está caracterizada por la micro empresa que ocupa entre 2 y 3 personas por establecimiento y de las 355,169 personas ocupadas: 15% trabajaban en hospitales generales, 53,215 personas; 14.9% trabajaban en consultorios dentales, 52,967 personas; 13% trabajaban en consultorios de medicina especializada, 46,584 personas; 11.8% trabajaban en consultorios de medicina general, 41,820 personas; 7.6% trabajaban en laboratorios clínicos, 26,997 personas; 6.7% trabajaban en hospitales de especialidad, 23,794 personas; y 4.2% trabajaban en otro tipo de consultorios: nutrición, quiroprácticos, psicólogos, audiólogos, etc. 14,917 personas. (Cuadro 46)

Cuadro 46
Personal Ocupado Total por Tipo de Unidad Médica Privada
Censos Económicos de 2004



355,169 Personas Ocupadas en el Sector Médico Privado en 2004 (2.2% del total Censado)

Nota: Otras 94,875 (26.7%) de "Unidades de Servicios de Salud y Asistencia Social" no se consideraron por ser asilos, guarderías, etcétera.

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

Estas 355 mil personas podrán jugar un papel activo como promotores de la reforma en salud, siempre y cuando se les tome en cuenta, o como oponentes a la reforma, si su trabajo se ve amenazado o no crece porque no se le permite competir en el sector público.

Otras fuentes de información estiman que el sector privado, a principios del 2000, contaba con cerca de la mitad de las camas censables del país, más de la tercera parte de los consultorios, participaba en el 25% de los internamientos nacionales y en el 33% de la atención ambulatoria; que casi la cuarta parte de las salas para parto del país se ubican en el sector privado y 70% de los quirófanos del país eran privados.

Se ha documentado que el médico es capaz de crear su propio mercado, así que si no se le da cabida a la provisión privada en instituciones de aseguramiento en salud públicas como el IMSS, ISSSTE o Seguro Popular, el paciente se verá presionado a partir su demanda y sacar algunas cosas del sector público y otras del sector privado, debido a la confianza y "fi-

delidad” que ha conferido a su médico. Además de que el médico puede “inducir la demanda” hacia sus propios intereses.

El costo de oportunidad, por no abrir espacios a los servicios privados en la provisión, será muy grande para el esquema de aseguramiento público, pues al cerrársele las puertas a la provisión privada, ésta generará información que permanentemente esté desacreditando los servicios de salud públicos y hablamos de la mitad de los actores involucrados, lo cual es de principio una política de exclusión muy costosa.

Por otro lado, uno de los principales problemas que no ha podido ser resuelto, es la extremadamente 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 seguro.

En México coexisten esquemas de seguro privado tanto de “Gastos Médicos Mayores”, fundamentalmente hospitalarios y de alta especialidad, como de “Seguros de Salud”, estos últimos operan en un nuevo marco, a partir de 2002, a través de las Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES) y prestan servicios de prevención y restauración de la salud, del asegurado, en forma directa con recursos propios en sus instalaciones y también a través de terceros, red de médicos, o una combinación de ambos, buscando la prevención primaria, así como la prevención secundaria, el tratamiento de padecimientos y la rehabilitación.

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 cuyos 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, aproximadamente entre 4 y 6 mil dólares por año.¹²²

2.3.2.3 Industria Químico-Farmacéutica

En México la industria Químico-Farmacéutica es un eje dinámico de la economía, representó en 2002 el 1.2% del PIB y el 21% del Gasto en Salud del Sector Salud Público y Privado. A su vez, en el Sector Farmacéutico de principios del milenio coexistían más de 300 laboratorios que comercializaban más de 7,000 medicamentos en más de 12,000 presentaciones. El país contaba con más de 23,500 farmacias privadas y públicas con una excelente distribución por parte de eficientes compañías mayoristas como Nacional de Drogas, Casa Saba y Casa Marzam, que han logrado que en lo largo y ancho del país no falten los medicamentos.¹²³ (Cuadro 47)

Como se observó en capítulos anteriores, el consumo de medicamentos recetados y no recetados es el principal rubro de consumo en materia de cuidados médicos y conservación de la salud. (Ver Cuadro 44)

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 planta en el país. Se

Cuadro 47
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 trasnacionales filiales de los principales laboratorios extranjeros. • De las 20 empresas con más ventas, 19 son trasnacionales
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.

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 farmoquímicos y farmacéuticos aumentó a una tasa real de 4.85% anual.¹²⁴

En 2002 se estimó que las 10 Principales Empresas Farmacéuticas asentadas en el país tenían una participación del 39% en el mercado mexicano. Debido a la baja participación del financiamiento público en salud, a diferencia de los países de la OCDE, en México el principal comprador de medicamentos es el sector privado, el cual concentraba en 2002 el 82% del mercado.¹²⁵

Las compras gubernamentales de medicamentos en 2002 presentaron dos características en México.¹²⁶

1. El Sector Público Concentra el 50% del volumen del mercado pero apenas el 18% del valor.

2. Consumo por Instituciones Públicas.

a) IMSS representa el 80% de la compra pública y el 14.4% del valor del mercado.

b) ISSSTE representa el 14.2% de la compra pública y el 2.5% del valor del mercado.

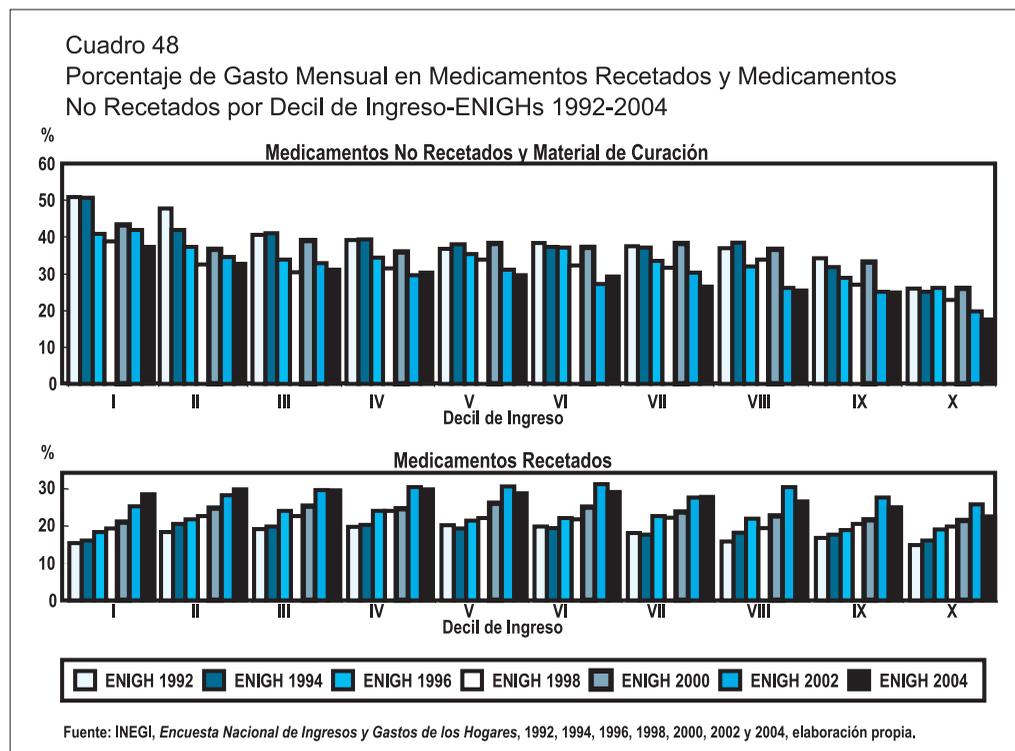
c) SSA Federal y Estatal representa el 5.4% de la compra pública y el 1% del mercado.

3. Los laboratorios nacionales suministran cerca del 80% de la compra pública.

Como ya se expuso. La Industria Químico-Farmacéutica Mexicana enfrentará un gran

riesgo, como resultado de la nueva política de aseguramiento público en salud, que cambiará totalmente la estructura del mercado a partir del año 2007 por lo que se debe instrumentar un proceso de transición en donde participe activamente esta importante rama industrial.

Por otro lado, el análisis de las ENIGHs de 1992 a 2004 presenta dos claras tendencias: (Cuadro 48)



1. Una tendencia a disminuir, en todos los niveles de ingreso, el porcentaje del gasto mensual de los hogares destinado a la compra de medicamentos no recetados, lo cual puede ser un indicador de la disminución de la automedicación, situación que debe ser enfrentada de manera más enérgica por el Estado Mexicano, por ejemplo: se observa que el 1° decil destinaba en 1992 el 51% del gasto del bolsillo a la compra de medicamentos sin receta y que este porcentaje disminuyó más de once puntos porcentuales, ya que en 2004 representó sólo el 37.3% del gasto de bolsillo.

2. Una tendencia a aumentar, en todos los niveles de ingreso, el porcentaje del gasto mensual de los hogares destinado a la compra de medicamentos recetados, por ejemplo: se observa que el 1° decil destinaba en 1992 el 18% del gasto del bolsillo a la compra de medicamentos con receta y que este porcentaje aumentó más de once puntos porcentuales, ya que en 2004 representó sólo el 28.6% del gasto de bolsillo.

Este “efecto sustitución” entre la demanda de medicamentos no recetados por medicamentos recetados es deseable, siempre y cuando no ponga en riesgo a la economía familiar,

por lo que se deberá garantizar que la atención médica cuente con fondos públicos suficientes para soportar los aumentos en las demandas resultantes de la transición epidemiológica y el envejecimiento del país, así como del subgasto en medicamentos por las restricciones económicas de hogares empobrecidos.

A continuación se identifican siete mecanismos de alineación y convergencia, entre el cambio en la forma de financiamiento de las demandas de salud en el sector privado, de los gastos de bolsillo al pre-pago público y la maduración y desarrollo del complejo médico industrial.

1. Condicionar el 1.5 % del PIB adicional para el Sector Salud a la competencia regulada entre proveedores públicos y privados

México necesita destinar parte de los recursos adicionales comprometidos para el sector salud, que se recomienda sean del orden del 1.5% del PIB, para que se genere una mezcla pública y privada en la provisión de servicios, en donde el oferente sea medido a través de instrumentos científicos de costo y efectividad y el prestador sea el que representa la mejor opción local.

Se recomienda cuidar de manera especial 3 campos.

1. La competencia en la provisión de servicios de atención médica.
2. El desarrollo de la industria química farmacéutica en sus fases de producción y distribución.
3. El desarrollo de la industria de insumos para la salud en sus fases de producción y distribución.

2. Utilizar el poder de compra del Estado y los incrementos en los fondos públicos como palanca de desarrollo del “Complejo Médico Industrial” y de la Industria Químico-Farmacéutica

Se ha documentado el tamaño del sector médico privado y de la industria productora de insumos para la salud, especialmente la industria químico-farmacéutica, en cuanto a volumen de producción y empleo y se recomienda que ante el compromiso de cobertura universal de un seguro de salud, se valore el proceso de transición ya que puede dar lugar a 2 caminos muy diferentes: a) Si en la transición hacia la cobertura universal se toma en cuenta al sector privado y se le permite competir *México gana*, ya que el derechohabiente obtendrá mejores y más variadas opciones en el mercado, se maximizarán los beneficios al elegir al prestador más-costo-efectivo y se desarrollará económicamente el “Complejo Médico Industrial” que genera empleos y alimenta cadenas productivas, de otra forma b) si en la transición hacia la cobertura universal no se le abren los espacios de participación al sector privado *México pierde*, ya que el proteccionismo hacia los proveedores públicos implicará desperdicios resultantes de la ineficiencia, el derechohabiente contará con menos recursos y menos opciones y el mercado médico privado, al luchar por subsistir, defender y desarrollar su propio mercado, será un oponente permanente al proceso de reforma en salud y de diferentes maneras boicotará a los proveedores públicos y hará que el derechohabiente gaste doblemente.

3. Privilegiar a los primeros deciles de ingreso, es decir a los más pobres, en la canalización de recursos adicionales y abrir espacios al sector privado local para competir en la asignación de el paquete de beneficios

Con el fin de atacar de manera frontal el subgasto, el gasto inadecuado y el gasto catastrófico en los primeros deciles de ingreso y reconociendo los primeros resultados alentadores en el avance a la equidad, resultado de los programas operados en la SSA en 2000-2004, que muestra la ENIGH 2004, se recomienda focalizar las acciones dirigidas a los más pobres, a los indígenas y a los grupos vulnerables, condicionando los recursos adicionales a la competencia entre proveedores locales, públicos y privados.

4. Combatir el falso dilema de la privatización de la salud, a partir de incrementar los fondos públicos y promover el pluralismo en la prestación que reduzca ineficiencias y desperdicios

Se debe reconocer que el objetivo del aseguramiento en salud, financiado con fondos públicos es mejorar la calidad de vida de los derechohabientes y que no hay mayor injusticia que negar los servicios por falta de dinero mientras se permite la ineficiencia, desperdicio y baja productividad como cultura institucional. Es necesario articular otra fuerza que haga contrapeso al bajo desempeño a fin de promover e incentivar económicamente la competencia y que en donde se hagan mejores prácticas, ya sea en el sector público o privado, lleguen más fondos.

5. Ampliar la elección del proveedor de servicios de salud y el co-pago de los derechohabientes

Se ha documentado que los derechohabientes de la seguridad social, ante servicios de atención médica que no los dejan satisfechos, tienen como única opción la de acudir al sector privado y volver a pagar, es necesario reconocer el derecho a elegir y el deber de asumir un “costo de elección”, por lo que si los servicios de atención médica públicos cuentan con costos promedios por intervenciones y un derechohabiente prefiere optar por una de atención privada, se debería permitir que éste asumiera los precios que están por arriba de los costos promedio de las intervenciones en sector público y realizara sus demandas privadas a partir de co-pagos.

6. Avanzar en el proceso de regulación del mercado privado

Al utilizar el poder de compra del Estado y volverse éste, paulatinamente, el principal comprador, se podrá facilitar el proceso de regulación del sector privado ya que para acceder a fondos públicos las entidades privadas deberán cumplir con estándares, guías técnicas o protocolos de atención y mecanismos de acreditación y certificación, así como con precios que las instituciones públicas establezcan en función de sus costos promedio.

7. Combatir la automedicación y promover la disminución de medicamentos no recetados

Al comprometerse México con la cobertura universal de un seguro de salud, que se fundamenta en la cobertura universal de la atención primaria a la salud, podrá tener los elementos técnicos para combatir la automedicación pues todo mexicano deberá estar cubierto por un Médico de Familia elegido por el derechohabiente, así que no habrá excusa para ir combatiendo de manera eficaz la automedicación.

NOTAS

⁴¹ Banco Mundial, *World Development Indicators 2005*, Banco Mundial, Estados Unidos de América, 2005.

⁴² PNUD, *Informe del Desarrollo Humano 2003*, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Estados Unidos de América, 2004.

⁴³ Sachs J., *Improving Health Outcomes of the Poor*, Commission on Macroeconomics and Health, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2002.

⁴⁴ Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud. México, *op. cit.*, 2006, capítulo 1.

⁴⁵ The World Bank, *op. cit.*, 2005. (Cabe destacar que el Coeficiente de Gini adopta valores entre 0 y 100; mientras más se aleja de 0, más inequitativa es la distribución del ingreso en un país.)

⁴⁶ CEPAL, *op. cit.*, 2006, pág. 23-24.

⁴⁷ Central government finances, 2003, "World Development Indicators. The data on central government finances are from the IMF's Government Finance Statistics Yearbook, 2002 and IMF data files".

⁴⁸ Banco de México, *Un Comparativo Internacional de la Recaudación Tributaria*, Mayo, 21, 2003.

⁴⁹ Banco de México, 2003, *Ibidem*.

⁵⁰ Banco de México, 2003, *Ibidem*.

⁵¹ *Boletín de Información Estadística*, núm. 23, volumen IV, SSA, Dirección General de Información en Salud, México, 2003.

⁵² Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, CMMS, 2006.

⁵³ Falbo Rodrigo, Godoy Lucas, Monsalvo Mauricio, Montiel Leticia, Reale Armando, Ventura Gaciela, "El programa remediar en la política de salud: una estrategia en acción", presentado para el Premio Internacional de Investigación en Políticas de salud "José Luis Bobadilla", Argentina, Junio, 2004.

⁵⁴ Concepto económico que se refiere a la sensibilidad que tiene la demanda de un bien, ante variaciones en su precio.

⁵⁵ *Cfr.*, "Medición de la Pobreza: Variantes Metodológicas y Estimación Preliminar", Secretaría de Desarrollo Social, Comité Técnico para la Medición de la Pobreza, Serie: Documentos de Investigación 1 ISBN: 968-838-476-3, julio de 2002, dirección: www.sedesol.gob.mx, fecha de consulta: 17 de julio de 2003, 116 págs.

⁵⁶ OMS Health, "Economic Growth and Poverty Reduction", Report of Working Group I of the Commission on Macroeconomics and Health, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, Abril 2002.

⁵⁷ *Cfr.*, Medición de la Pobreza: Variantes Metodológicas y Estimación Preliminar, *op. cit.*, 2003, pág. 25.

⁵⁸ *Cfr.*, *Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006*, Secretaría de Desarrollo Social, Primera edición, 2001, dirección: www.sedesol.gob.mx, fecha de consulta: 12 de junio de 2003, Págs. 8-15.

⁵⁹ 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, 2004 México.

⁶⁰ *Cfr.*, "La Pobreza en México, Una Evaluación de las Condiciones, las Tendencias y la Estrategia del Gobierno", Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Banco Mundial, Junio de 2004, pág. 1.

⁶¹ David de Ferranti, *et al*, *Desigualdad en América Latina y el Caribe: ¿Ruptura con la Historia?*, Edición de Conferencia. México, 2003, p 7.

⁶² PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano, 2004, *op. cit.*, cuadro 1.2, pág. 24.

⁶³ *Cfr.*, "Informe sobre Desarrollo Humano", PNUD, México, 2004.

⁶⁴ Palomar-Lever J., *La influencia de los factores psicológicos en el movilidad social*, Comercio Exterior, 2006; 56: 89-104.

⁶⁵ *Cfr.*, "3er informe de labores", Secretaría del Trabajo y Previsión Social, México, 1 de Septiembre de 2003, pág. 11.

⁶⁶ Organización Internacional del Trabajo, "Tendencias Mundiales del Empleo (Enero 2004)", Oficina Internacional de Trabajo, Organización Internacional del Trabajo, Primera Edición, Ginebra, Suiza, 2004.

- ⁶⁷ Cfr., “3er informe de labores”, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, *op. cit.*, pág. 18.
- ⁶⁸ Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), www.inegi.gob.mx.
- ⁶⁹ Cfr., *Programa Nacional de Política Laboral*, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, México, 2001.
- ⁷⁰ Para ampliar el concepto de “sector informal” véase INEGI, *Cuentas por Sectores Institucionales-Cuenta satélite del sub-sector informal de los hogares 1998-2003*.
- ⁷¹ García, R. Ricardo, “Experiencias en la medición del sector informal en México”, *Revista de Información y Análisis*, núm. 23, 2003, pág. 31.
- ⁷² NEGI, *Encuesta Nacional de Empleo, STPS-INEGI*, México, población Ocupada en el Sector No Estructurado por Sexo y Grupos de Edad 1995-2004, México, 2005.
- ⁷³ Banco Mundial, *World Development Indicators 2005*.
- ⁷⁴ Cfr., *Panorama Educativo: Indicadores de la OCDE*, edición 2003, OCDE, versión 2003 (Resumen).
- ⁷⁵ Cfr., *ibid.*, pág. 9.
- ⁷⁶ 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.
- ⁷⁷ Cfr., Donald J. Robbins, Gender, *Human Capital and Growth: Evidence from 6 Latin American Countries*, OCDE Development Centre, September, 1999, pág. 6, 7.
- ⁷⁸ CEPAL, *op. cit.*, 2006, pág. 25.
- ⁷⁹ Cfr., *Estadísticas Educativas del Ciclo Escolar 2002-2003*, SEP, México, 2003, pág.11.
- ⁸⁰ Cfr., *ibid.*, pág. 5-7.
- ⁸¹ SEDESOL, *Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006*, Secretaría de Desarrollo Social, México, 2001.
- ⁸² SEDESOL, *Medición del Desarrollo: México 2000-2002*, Secretaría de Desarrollo Social, México, 2003, pág. 1 a 4.
- ⁸³ Cfr., *ibid.*, pág. 6.
- ⁸⁴ Cfr., *World Development Indicators*, World Bank, 2004.
- ⁸⁵ CEPAL, *op. cit.*, 2006, pág. 26.
- ⁸⁶ Cfr., *Cambio climático y salud humana-Riesgos y respuestas*, Organización Mundial de la Salud (OMS, OMM, PNUMA), 2003, pág. 5.
- ⁸⁷ Cfr., *ibid.*, pág. 6.
- ⁸⁸ National Geographic, “Agua la crisis del siglo XXI”, National Geographic en Español, México, 2006, pág. 58.
- ⁸⁹ *Ibid.*, pág. 4.
- ⁹⁰ Cfr., *Water for Health: Taking Charge*, World Health Organization (WHO), Geneva, 2001, www.who.org, fecha de consulta: 01/06/2004, pág. 5.
- ⁹¹ Cfr., *ibid.*, pág. 6.
- ⁹² Cfr., *ibid.*, págs. 6-10.
- ⁹³ *Cambio climático y salud humana-Riesgos y respuestas, op. cit.*, pág. 12.
- ⁹⁴ *Programa Nacional de Medio Ambiente y Recursos Naturales 2001-2006*, Secretaría de Medio Ambiente, Recursos Naturales y Pesca, México, 2001.
- ⁹⁵ Cfr., *ibidem*.
- ⁹⁶ Cfr., Cfr., *Cambio climático y salud humana-Riesgos y respuestas..., op. cit.*, pág. 16.
- ⁹⁷ Cfr., *ibid.*
- ⁹⁸ Cfr., *op. cit.*, *El Medio Ambiente En México*, 2002.
- ⁹⁹ Cfr., *ibid.*
- ¹⁰⁰ Cfr., “Prioridades en el Reforzamiento de la Capacidad, de Gestión Ambiental en México, Comisión para la Cooperación Ambiental”, Junio de 2001.
- ¹⁰¹ Cfr., “Pobreza y Medio Ambiente en México, Teoría y Evaluación de una Teoría Pública”, Alejandro Guevara Sanginés, 2003, pág. 4.
- ¹⁰² Cfr., “Contaminación del aire de locales cerrados en los países en desarrollo: un importante reto ambiental y de salud pública”, artículo publicado en inglés en el *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (9): 1078-1092, www.who.org, fecha de consulta: 01/06/2004.
- ¹⁰³ Cfr., *ibid.*, pág. 38.
- ¹⁰⁴ Cfr., *ibid.*, pág. 39.
- ¹⁰⁵ Cfr., *Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR)*, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSR), Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, pág. 13.
- ¹⁰⁶ Cfr., “Los Acuerdos de la OMC y la Salud Pública”. Organización Mundial del Comercio / Organización Mundial de la Salud, Resumen Ejecutivo, 2002, pág. 11.
- ¹⁰⁷ INEGI 2006, *Estadísticas por Tema: Sector Externo*. www.inegi.gob.mx, fecha de consulta 21 de abril de 2006.

¹⁰⁸ Cfr. , OMC-OMS “¿Un intercambio Saludable?”, Grupo Especial de la OMS sobre Economía de la Salud, Colette M. Kinnon, Diciembre 1996, pág. 48

¹⁰⁹ INEGI 2006, *Estadísticas por Tema: Sector Externo*, www.inegi.gob.mx., fecha de consulta 21 de abril de 2006.

¹¹⁰ “Health, Economic Growth and Poverty”, Reporte del grupo de trabajo 1 de la Comisión de Macroeconomía y Salud, OMS, 2002.

¹¹¹ *Salud y Turismo*, Ruiz-de-Chávez M, Jiménez-Aguado R, Márquez-Laposse M, Alleyne AO G., Salud Publica, México, 1994; 36: 61-69.

¹¹² Cfr., *Programa Nacional de Turismo 2001-2006*, “El turismo: la fuerza que nos une”.

¹¹³ Cfr., “Global Public Goods for Health”, Reporte del grupo de trabajo 2 de la Comisión de Macroeconomía y Salud, OMS, 2002.

* Military Industrial Complex, término utilizado públicamente por primera vez por el Presidente de los Estados Unidos de Norteamérica, Dwight D. Eisenhower en “Farewell Address to the Nation” el 17 de enero de 1961.

¹¹⁴ CEPAL, *op. cit.*, 2006, pág 23.

¹¹⁵ OMS, *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000*, “Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”, Ginebra, 2000.

¹¹⁶ Dávila, Enrique; Guijarro, Maite, *Evolución y reforma del sistema de salud en México*, Serie Financiamiento del Desarrollo, n. 91, Proyecto Reformas a los Sistemas de Financiamiento de la Salud en América Latina y el Caribe, LC/L.1314-P Chile CEPAL, 2000.

¹¹⁷ Murray y Frenk (2000), “Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño. Protección financiera”, Dirección General de Evaluación del Desempeño.

¹¹⁸ Demanda potencial, es un tipo de demanda subyacente, donde el individuo detecta una necesidad, pero no logra tener acceso al sistema de salud, sea porque no puede cubrir una tarifa o por que no hay disponibilidad de infraestructura.

¹¹⁹ Demanda reprimida: depende de la percepción de los individuos respecto a su estado de salud, puede ser elevada dado que obedece a la subvaluación del reporte de enfermedad por parte de los individuos.

¹²⁰ Véase a Madueño, Miguel. Perú, “Estudio de demanda de servicios de salud” (Documento 1), Socios para la reforma del sector salud / Abt Associates, Inc., Mayo, 2002, Perú.

¹²¹ INEGI, *Censo Económicos 2004. ¿El quehacer económico en números!*, México, Julio 2005, Consulta www.inegi.gob.mx. 24 de abril de 2006.

¹²² Castellanos Gayttán C., “Salud Pública contra Seguros Privados”, www.jornada.unam.mx consulta 27&04&2006.

¹²³ González Pier E. González A., *Competencia Económica en México*, Capítulo x “Regulación Saludable del Sector Farmacéutico”, Comisión Federal de Competencia, Editorial Porrúa, México, 2004.

¹²⁴ Enríquez Rubio E. Frati Munari A., González Pier E., *Hacia una política farmacéutica para México*, Secretaría de Salud, México, 2006.

¹²⁵ González Pier, *op. cit.*

¹²⁶ *Ibid.*

III. Financiamiento de los Servicios de Salud en México

La estructura de financiamiento del Sistema de Salud es determinante para que cumpla con los objetivos de equidad social y solidaridad, mientras mayor sea el peso del financiamiento público, mayor será la redistribución implícita en el funcionamiento del sistema, ya que un gasto público en salud es progresivo pues los sectores más pobres reciben una mayor proporción de éste, mientras que una mayor incidencia del gasto del bolsillo para financiar la atención médica, se traduce en una menor redistribución y más inequidad.¹²⁷

El estudio de la estructura financiera sobre la que se asienta un Sistema de Salud y las recomendaciones que indiquen en dónde reforzarlo, es fundamental para cumplir con los derechos de ciudadanía, derechos por cotización y derechos solidarios de la reforma del sector salud que se recomienda continuar en México a partir de 2007.

En este apartado se tratarán de contestar algunas preguntas centrales referentes a: ¿En cuánto deben crecer los fondos públicos?, ¿cuál es la óptima combinación entre fondos públicos y fondos privados?, ¿cuál es la situación financiera entre diferentes Entidades Federativas?, ¿en qué sentido deben cambiar los fondos privados?, ¿de qué magnitud son los gastos catastróficos para determinadas demandas de atención como el parto, la hospitalización y los medicamentos?.

La comparación internacional desarrollada en la primera sección, mostró el gran rezago del Sistema Nacional de Salud en el indicador *Justicia y Equidad en la Contribución Financiera*, por lo que en este capítulo empezaremos con el análisis de la composición del financiamiento público y el problema de la inequidad que resulta de la insuficiencia de fondos públicos en los servicios de salud en México. Posteriormente, examinaremos la composición de la estructura financiera operante en el sector privado para emitir recomendaciones para su fortalecimiento y finalmente, se analizará la problemática de los gastos catastróficos de manera más detallada, a fin de recomendar el sentido en el que deben crecer los paquetes de beneficios en salud.

3.1 Financiamiento Público de los Servicios de Salud

Los cuatro indicadores estratégicos para contextualizar la composición del financiamiento de los servicios de salud son: a) el gasto en salud como porcentaje del PIB, b) el gasto gubernamental en salud como porcentaje del gasto público total, c) el gasto gubernamental y el gasto privado como porcentajes del gasto total en salud y d) el gasto del bolsillo como porcentaje del gasto privado en salud. (Cuadro 49)

a) GASTO TOTAL EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB

No existe un consenso sobre la cifra 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 le otorgue a la salud de sus ciudadanos, etcétera.

Cuadro 49
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.

Sin embargo los países seleccionados, en la comparación internacional, que presentaron los mejores índices de desempeño, expuestos en la primer parte del documento, a saber: Canadá, Costa Rica, Cuba, Francia, Japón y el Reino Unido nos 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.

El Gasto Total en Salud como porcentaje del PIB para México, en relación con el mencionado rango, es insuficiente pues representa sólo el 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*.

No obstante, se reconocen esfuerzos recientes para el país ya que de 1998 a 2003 se incrementó este indicador en 8 décimas de punto.

La insuficiencia en el volumen los recursos en Salud, ocasiona una restricción presupuestal que limita estructuralmente la capacidad de respuesta de las instituciones de salud, siendo esta una de las razones del rezago en los principales indicadores de salud. En pocas palabras: ¡el dinero no alcanza!

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

b) GASTO GUBERNAMENTAL EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL GASTO GUBERNAMENTAL TOTAL

La prioridad que un Estado le confiere, en términos económicos, a la salud de sus ciudadanos, puede expresarse por la participación del “Gasto Gubernamental en Salud” como porcentaje del “Gasto Gubernamental Total”.

De nuevo, a partir de los países seleccionados en la comparación internacional que presentaron los mejores índices de desempeño, podríamos establecer un *Piso o Nivel Mínimo Deseable de 15%* de la participación del Gasto en Salud como porcentaje del Gasto Gubernamental Total.

En México el “Gasto Gubernamental en Salud como porcentaje del Gasto Gubernamental Total” ha logrado rebasar el nivel mínimo aceptable o piso, ya que en 2003 fue de 16.6%, las implicaciones presupuestales de alcanzar este nivel son varias de entre las que destacan: a) el gobierno sí ha logrado materializar presupuestalmente la prioridad conferida a salud y b) el peso porcentual del gasto público en salud está llegando a su límite y, si los ingresos fiscales permanecen constantes, no se podrá canalizar más presupuesto porcentualmente hacia salud sin descobijar otros programas estratégicos, por lo que *si se necesitan más recursos, se deben aumentar en términos absolutos los fondos gubernamentales*, es decir, en la lucha por el presupuesto público, más dinero para el sector salud en México sólo puede provenir de incrementos absolutos en los ingresos fiscales o de eficiencias y economías agregadas del sistema.

c) GASTO GUBERNAMENTAL Y EL GASTO PRIVADO COMO PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL EN SALUD

Del mismo modo a partir de la mezcla pública y privada, en el financiamiento de la salud, observada en los países seleccionados que presentaron los mejores índices de desempeño en la comparación internacional, se puede establecer una “combinación deseable” entre la participación de fondos públicos y fondos privados para el financiamiento del sistema de salud.

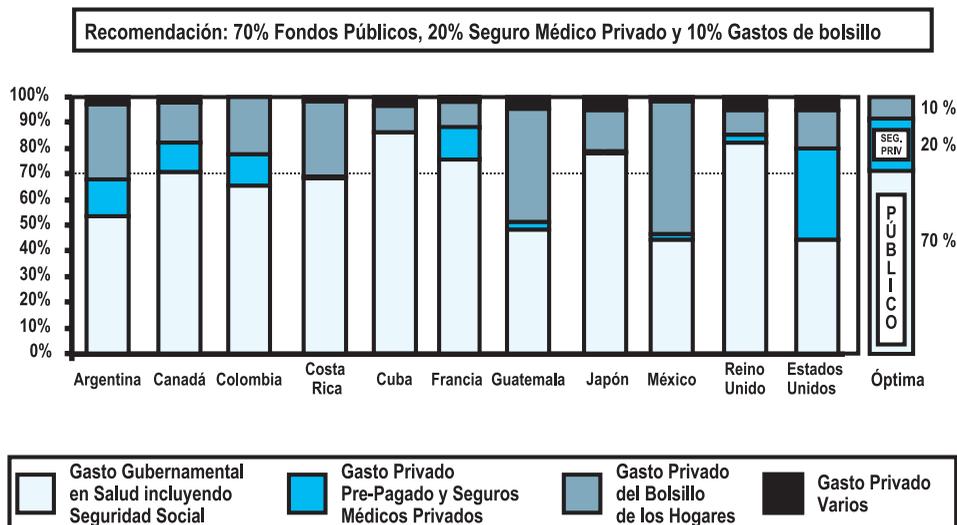
Se podría tener como propósito, a lograr en largo plazo, una combinación del orden de: 70% de “Fondos Públicos”, 20% de “Fondos Privados de Pre-pago” y 10% de “Fondos Privados de Gastos de Bolsillo”, como una combinación adecuada para mantener como un bien prioritario a la salud, lograr la equidad social y permitir espacios de participación al financiamiento privado. (Cuadro 50)

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%, pero de un gasto en salud que subiera de 6.1% a 7.5% del PIB.**

A principios del milenio la situación para México, en este indicador, era alarmante ya que se encontraban invertidos los porcentajes “deseables” de participación pública y privada, siendo de 44.9% los fondos públicos y 55.9% los fondos privados pero además se agravaba el problema pues la participación de los gastos del bolsillo equivalía a más de 90% de la participación de los fondos privados. Por estas razones México tenía la peor composición de fondos públicos y privados de financiamiento, entre los países analizados.

En México, en 2001, el principal pilar de financiamiento del Sistema Nacional de Salud lo constituía los “Gastos de Bolsillo de los Hogares”, seguido de una relativamente baja

Cuadro 50
Composición Porcentual del Gasto en Salud
para Países Seleccionados (2001)



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

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 extensamente,* baste considerar las imperfecciones del mercado para la atención a la salud, por lo que se requiere de la intervención estatal para corregir dichas imperfecciones, considerando la existencia de externalidades, demanda inducida, incertidumbre, condición monopólica y el hecho de que la salud es un bien meritario, además de la necesidad de aumentar la equidad en el acceso y la de fondear “bienes públicos en salud”.

La recomendación en la “combinación ideal” del financiamiento: 70% público 30% privada queda clara gráficamente cuando se observa que países con un buen desempeño le otorgan un gran peso al financiamiento público. (Cuadro 51)

d) DESIGUALDAD EN EL GASTO PÚBLICO Y PRIVADO EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS

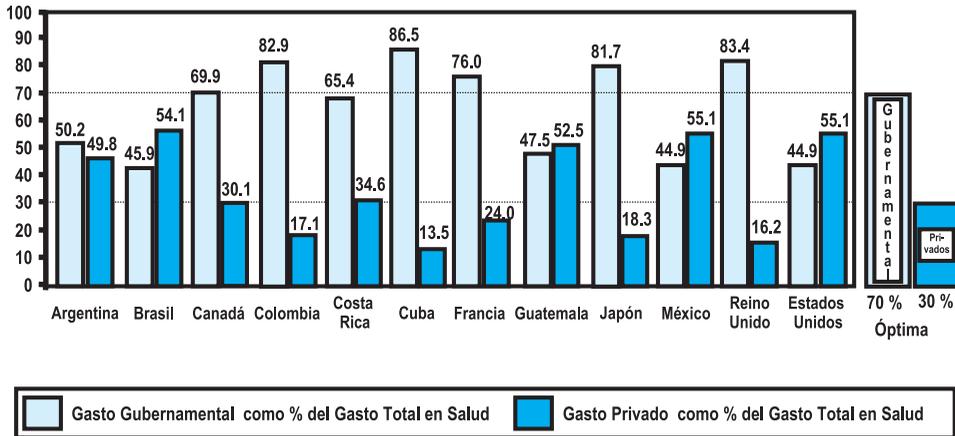
Para comprender las disparidades de los fondos públicos en México, se debe analizar el problema de la desigualdad entre: entidades federativas, instituciones y niveles de atención a fin de aprovechar la oportunidad que ofrecería la asignación de más fondos para corregir estas desigualdades y avanzar hacia la convergencia regional.

En 2003 el gasto en salud como porcentaje del PIB, que presentaron las Entidades Federativas en México, fue muy desigual con una variación de 10.2 puntos porcentuales para el estado que más destinó, que fue Nayarit, y un porcentaje de 3.2% para el que menos destinó que fue Campeche.¹²⁸ (Cuadro 52)

Cuadro 51

Gasto Gubernamental en Salud y Gasto Privado en Salud como Porcentaje del Gasto Total en Salud para Países Seleccionados (2002)

Recomendación: 70% Fondos Gubernamentales y 30% Fondos Privados

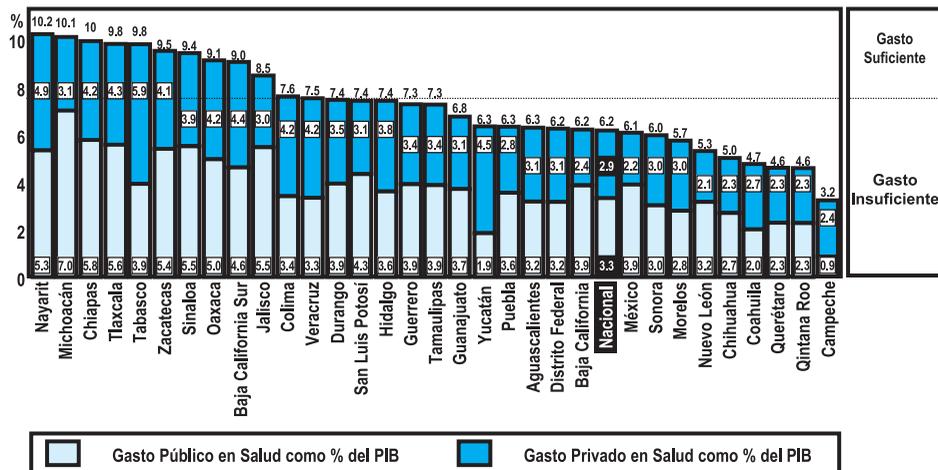


Fuente: The World Health Report 2005, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2005.

Cuadro 52

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

Recomendación: Gasto en Salud Mínimo 7.5 % del PIB
5.25% del PIB Gasto Público y 2.25% del PIB Gasto Privado



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

En 2003 el “Gasto en Salud como porcentaje del PIB”, en 20 Entidades Federativas, presentaba rezago y estaba por debajo del “piso” establecido y la situación era crítica en 14 estados de la República: Campeche, Quintana Roo, Querétaro, Coahuila, Chihuahua, Nuevo León, Morelos, Sonora, Estado de México, Baja California, Distrito Federal, Aguascalientes, Puebla y Yucatán.

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 y le ha restado simultáneamente poder a la Federación y ésta última se ve obligada a “Concertar Convenios” para impulsar una verdadera política de Estado, para todo el país en materia de salud.

A su vez, en 2003, el “Gasto Privado en Salud como porcentaje del PIB” que presentaron las Entidades Federativas en México fue muy desigual, con una participación relativa de los Fondos Públicos, en algunos estados, mucho más baja que la recomendada y la cual era suplida por una alta participación de Fondos Privados. Los Estados de Campeche y Yucatán presentan una situación en extremo delicada, ya que el peso de los fondos privados es demasiado alto en relación con los fondos públicos.

3.2 Financiamiento Privado de los Servicios de Salud

Un Sistema de Salud reproducirá una situación en extremo inequitativa e injusta y su financiamiento sufrirá de ineficiencia técnica e ineficiencia en la asignación de recursos, si se cumplen al mismo tiempo las siguientes condiciones:*

I. Bajo “Gasto en Salud como porcentaje del PIB”, es decir insuficiencia agregada de recursos.

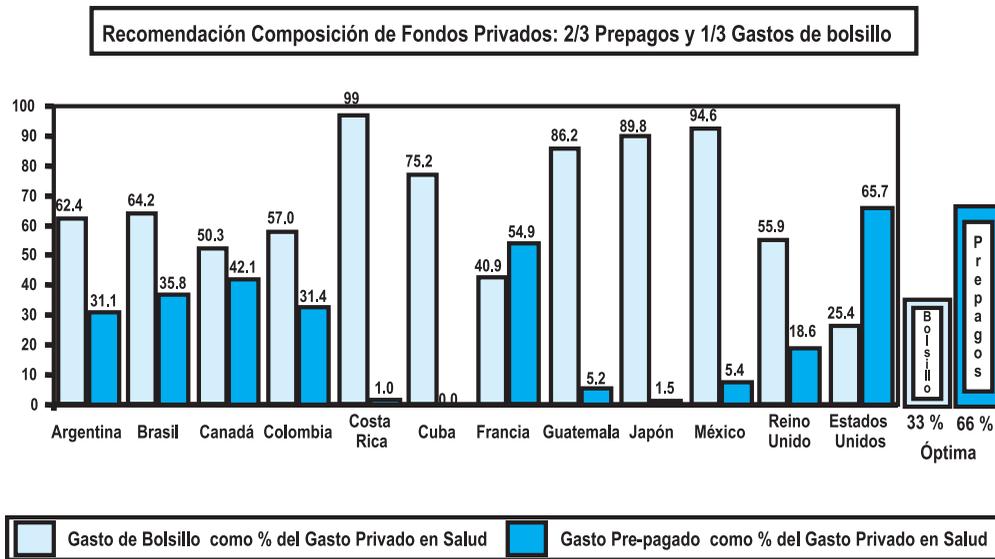
II. Baja participación del “Gasto Gubernamental en Salud con respecto al Gasto Total en Salud” y por lo tanto alta participación del “Gasto Privado en Salud con respecto al Gasto Total en Salud”, es decir sustitución de fondos públicos por fondos privados.

III. Alta participación del “Gasto de Bolsillo de los Hogares” en relación con el Gasto Privado en Salud.

Al darse estas tres condiciones en forma simultánea, la población tiene, inevitablemente que cargar con la insuficiencia y baja participación del Estado en el financiamiento de la salud y corre el riesgo, permanente, de ser empobrecida porque es muy limitado y en algunos casos excluyente y discriminatorio el acceso a fondos públicos para solventar necesidades de atención médica básicas o vitales.

Desgraciadamente México cumple con las tres condiciones: I. Gasto en Salud por debajo del piso de 7.5% del PIB, al presentar en 2003 un gasto en salud de sólo 6.2% del PIB; II. participación gubernamental del 44.9% en lugar del 70% y III. prácticamente casi todo el gasto privado ejercido como gasto de bolsillo, lo que quiere decir que el Estado tiene una participación insuficiente y baja que es suplida por el gasto privado y que éste último adopta la forma más ineficiente e injusta: el “Gasto del Bolsillo de los hogares”. (Cuadro 53)

Cuadro 53
Gasto de Bolsillo y Gasto Prepagado como Porcentaje del
Gasto Privado en Salud para Países Seleccionados (2002)



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

Como ya se mencionó, en México, el “Gasto de Bolsillo de los hogares” es el pilar fundamental del financiamiento de los servicios de salud, lo que es extremadamente inequitativo e ineficiente ya que por un lado, puede ser excesivo para las familias y ocasionar su empobrecimiento absoluto y relativo, además de ser muchas veces inoportuno, con un enfoque curativo que no alcanza para atacar las causas que generan el daño y curar y peor aún, *estar atomizado* y no lograr eficiencias, agregadas, resultantes de la generación de fondos financieros que agrupan poblaciones para sustentar económicamente un “*Pool de Riesgos*”, lo suficientemente grande para generar subsidios cruzados de ricos a pobres, sanos a enfermos y jóvenes a viejos.

En el caso del Sistema Nacional de Salud, se observa que casi la totalidad del gasto privado lo constituyen los “Gastos del Bolsillo de las Familias”, que representaron en 2002 el 94.6% del total del Gasto Privado. Esta situación es la causa de los siguientes problemas:

- a) Inequidad extrema, en donde los hogares se encuentran bajo una situación de alto y permanente riesgo de sufrir gastos catastróficos, especialmente la población pobre sin seguridad social.
- b) Ineficacia, pues el gasto de bolsillo muchas veces no alcanza para tratamientos completos y adecuados.
- c) Ineficiencia, debida por un lado a: asimetrías de información del paciente individual que pueden ocasionar gastos injustificados, excesivos o equivocados y por el otro, a que el

gasto de bolsillo se atomiza y no permite la generación de “Pools de Riesgos” que generen economías de escala en tratamientos.

d) Inoportuno, pues el gasto de bolsillo no es anticipatorio al daño y sólo actúa cuando la situación de salud es crítica y el daño está por lo regular muy avanzado.

e) Intrascendente para lograr un desarrollo económico, ya que por un lado contribuye a generar más pobres y por el otro, obstaculiza el desarrollo del “Complejo Médico Industrial” al sólo permitir la movilización de cantidades muy pequeñas de dinero en forma atomizada e irregular, que solamente pueden alimentar a la micro empresa con una muy baja capacidad resolutive y sin posibilidades de crecer y desarrollarse en forma moderna.

LA NECESIDAD DE ENTENDER LOS GASTOS CATASTRÓFICOS Y DE INSTRUMENTAR

PAQUETES DE BENEFICIOS EN SALUD ESPECÍFICOS

Los “Gastos Catastróficos en Salud” —adoptando la definición de Murray¹²⁹ y tomando las categorías de la ENIGH—, surgen cuando el gasto de los hogares para “cuidados médicos y conservación de la salud” rebasa el 30% del ingreso del hogar en cuestión, entonces los hogares ante las rigidez del gasto y la falta de solvencia, incurren en lo que se ha denominado como gastos catastróficos por motivos de salud.

Los gastos catastróficos se pueden abordar desde diferentes perspectivas, por lo que a continuación se presentarán diferentes tipos de análisis para dar respuesta a las principales interrogantes en materia de empobrecimiento y gasto en salud, así como a la recomendaciones de política sobre: hacia dónde dirigir los instrumentos de aseguramiento públicos y los paquetes de beneficios para disminuir este flagelo de la sociedad.

Aclaremos que las cifras que a continuación se presentan no muestran, todavía, los avances del Seguro Popular de Salud, pues este instrumento comenzó a operar, de forma general, a partir de 2004 y los datos de la ENIGH son de ese mismo año, no obstante podrían servir como medición basal para evaluar el impacto del Seguro Popular en la modificación de la estructura de los hogares en encuestas futuras.

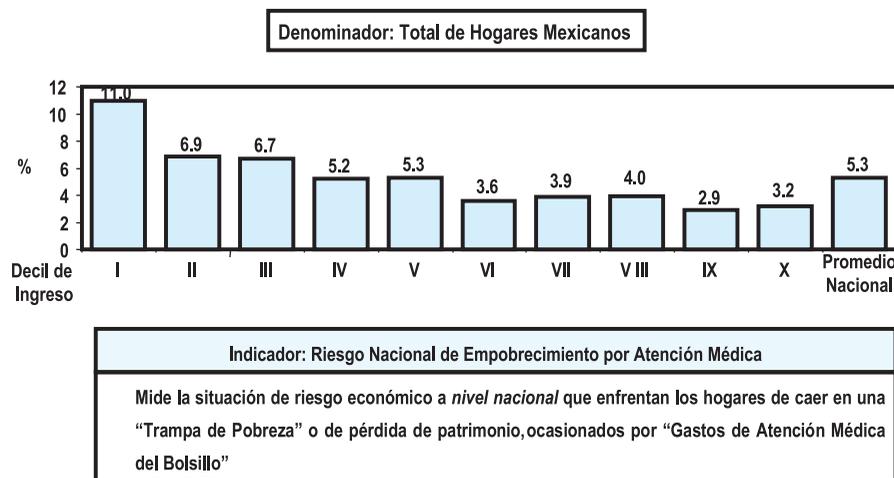
a) *El riesgo económico para un país de sufrir gastos catastróficos por motivos de salud.*

La primer interrogante que surge ante el riesgo de empobrecimiento es saber ¿cuántos hogares mexicanos están en riesgo de sufrir un gasto catastrófico en salud? (Cuadro 54)

El cuadro 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, independientemente de que hayan realizado o no gasto en salud durante el levantamiento de la ENIGH, incluye a todos los hogares de México que hayan reportado o no gasto en salud, independientemente de su condición de aseguramiento, tamaño de localidad o cualquier otro tipo de variable.

Cuando se analiza el Gasto Catastrófico en Salud tomando como denominador al 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 en un determinado momento enfrentan los hogares de un país por inadecuada cobertura del sistema de salud, es decir el porcentaje de hogares del país, que para solventar

Cuadro 54
 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), 25,845,081.
 Hogares que presentan gasto catastrófico (ENIGH 2004) 1,369,079.
 Fuente: Encuesta Nacional Ingreso Gasto de los Hogares 2004, INEGI, cálculos propios.

demandas de salud con su bolsillo, tuvieron que endeudarse o vender patrimonio y que pueden caer en una "Trampa de Pobreza".

En 2004 el riesgo a nivel nacional de que el hogar incurriera en gastos catastróficos para el 1° decil de ingreso, es decir para el 10% más pobre, era de 11%. A nivel nacional el riesgo promedio era de 5.3% y se observa que generalmente dicho riesgo se incrementaba conforme el hogar era más pobre.

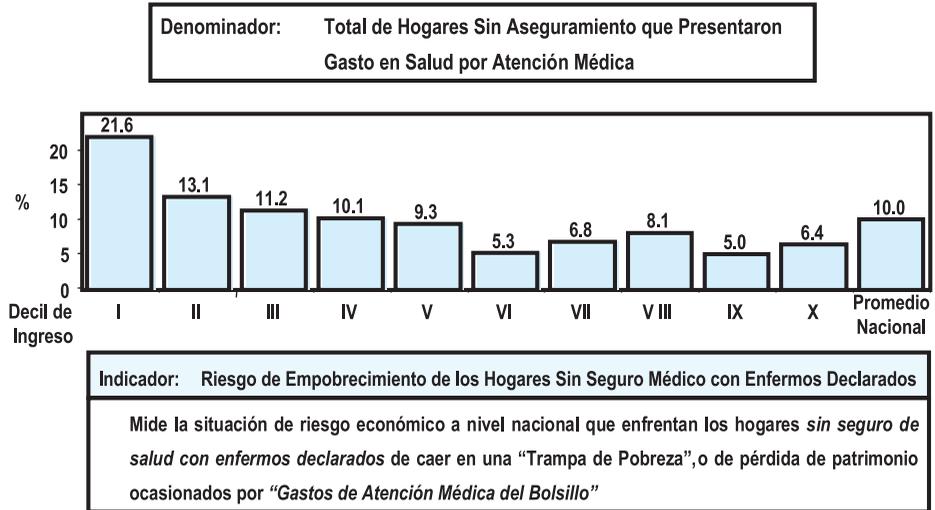
Con estos datos queda expuesta la gravedad del problema y se comienza a fundamentar la idea de impulsar un sistema de salud más equitativo que reconozca los derechos ciudadanos en salud.

b) El riesgo económico para los hogares con enfermos sin aseguramiento que pueden incurrir en gastos catastróficos.

La segunda interrogante que surge: ¿es todavía más grave la situación de riesgo económico que enfrentan las familias sin aseguramiento en salud y con enfermos declarados?.

Cuando se analiza el "Gasto Catastrófico en Salud" tomando como denominador solamente a los hogares sin seguro de salud que reportaron gasto en salud, teniendo en cuenta que un alto porcentaje de los hogares encuestados registró no haber incurrido en ningún tipo de gasto en salud (ver cuadro 42), se obtiene un indicador que da cuenta del *Riesgo Nacional de Empobrecimiento por Atención Médica de Hogares con Enfermos sin Aseguramiento* y expresa la situación de riesgo económico por incurrir en gastos catastróficos en salud, a nivel nacional, que en un determinado momento enfrentan los hogares de un país al no estar asegurados y tener al menos un enfermo en casa. (Cuadro 55)

Cuadro 55
 Porcentaje de Hogares Sin Aseguramiento con Gasto en Atención Médica que Significó un Gasto Catastrófico por Decil de Ingreso-ENIGH 2004



Nota: Total de Hogares ENIGH 2004 Sin Aseguramiento que presentaron gasto en salud 12,163,662.
 Hogares sin aseguramiento que presentan gasto catastrófico (ENIGH 2004) 1,214,521.
 Fuente: Encuesta Nacional Ingreso Gasto de los Hogares 2004, INEGI, cálculos propios.

Este indicador es muy importante si se considera la transición epidemiológica que vive México en la cual ha crecido significativamente el número de hogares con enfermos crónicos y con población más envejecida.

En 2004 el *Riesgo Nacional de Empobrecimiento por Atención Médica de Hogares con Enfermos sin Aseguramiento* para el 1° decil de ingreso, es decir para el 10% más pobre, era de 21.6%. A nivel nacional el riesgo promedio era de 10% y se observa que dicho riesgo era superior a 9% en el 50% de la población, que se encuentra en condiciones de pobreza.

Estos datos señalan la gravedad del problema y se fundamenta la necesidad de *continuar con el Seguro Popular de Salud* así como garantizar una reforma que tenga, como uno de sus principios, conferir *derechos solidarios* en salud para la población más pobre y que se le *garantice un seguro de salud altamente subsidiado*.

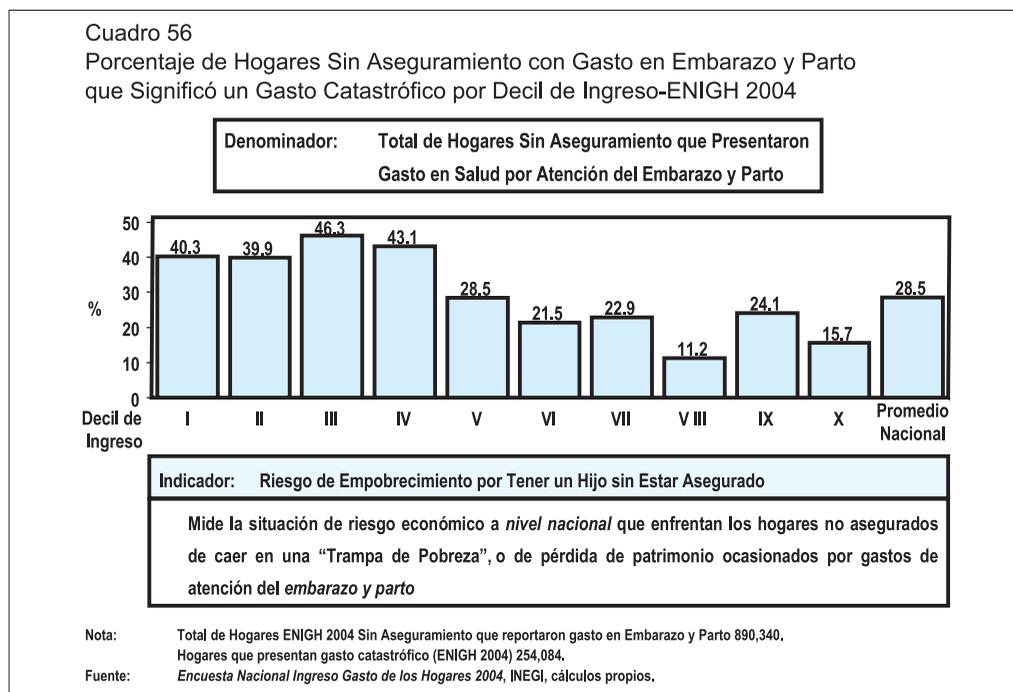
En la asignación de fondos, gran parte de los fondos públicos adicionales deberán canalizarse para fortalecer financieramente el Seguro Popular de Salud.

c) *El riesgo económico para los hogares de tener un hijo sin estar asegurado.*

La tercera interrogante que surge es: ¿cuál es la situación de riesgo económico que enfrentan las familias sin aseguramiento en salud por tener un hijo?.

Cuando se analiza el "Gasto Catastrófico en Salud" tomando como denominador sólo a los hogares sin aseguramiento que reportaron haber gastado en la atención del embarazo y parto, considerando que este universo poblacional se puede "esconder" en otros indicadores, debido a que este gasto es relativamente bajo como porcentaje del gasto en cuidados médi-

cos y conservación de la salud (ver cuadro 44). Se obtiene un indicador que da cuenta del *Riesgo Nacional de Empobrecimiento por Tener un Hijo sin Estar Asegurado* y expresa la situación de riesgo económico, a nivel nacional, que en un determinado momento enfrentan los hogares de un país al incurrir en gastos catastróficos, al no estar asegurados y tener hijos. (Cuadro 56)



En 2004 el *Riesgo Nacional de Empobrecimiento por Tener un Hijo sin Estar Asegurado*, para los primeros cuatro deciles de ingreso es decir para el 40% más pobre, era altísimo, superior al 40%. A nivel nacional el riesgo promedio era de 28.5%.

Tener un hijo cuesta muy caro en México y es un evento que demanda fuertes cantidades de recursos a las familias.

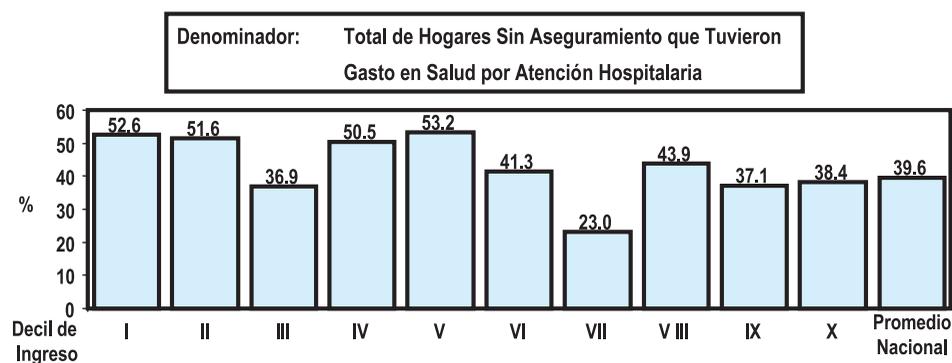
Este indicador de riesgo muestra el rezago histórico en la cobertura universal del embarazo, parto y puerperio que fue combatida de manera frontal desde el 2000, en Programas como el de "Arranque Parejo en la Vida". No obstante, es necesario dejar claro que si algún paquete de beneficios se debe generalizar, para el total de la población, es el de garantía universal de la atención del embarazo y parto.

d) *El riesgo económico para los hogares por tener un paciente hospitalizado sin estar asegurado.* La cuarta interrogante que surge es: ¿cuál es la situación de riesgo económico que enfrentan las familias sin aseguramiento en salud por tener un enfermo o un accidentado en un hospital?.

Cuando se analiza el "Gasto Catastrófico en Salud" tomando como denominador solamente a los hogares sin aseguramiento que reportaron haber gastado en la atención hospitalaria —considerando que este universo poblacional también se puede "esconder" en

otros indicadores pues es relativamente bajo el gasto en hospitalización como porcentaje del gasto en cuidados médicos y conservación de la salud (ver cuadro 44)—, se obtiene un indicador que da cuenta del *Riesgo Nacional de Empobrecimiento por Tener un Paciente Hospitalizado sin Estar Asegurado* y expresa la situación de riesgo económico, a nivel nacional, que en un determinado momento enfrentan los hogares de un país al sufrir un gasto catastrófico por no estar asegurados y sufrir una atención hospitalaria. (Cuadro 57)

Cuadro 57
Porcentaje de Hogares Sin Aseguramiento con Gasto en Atención Hospitalaria que Significó un Gasto Catastrófico por Decil de Ingreso-ENIGH 2004



Indicador: Riesgo de Empobrecimiento por Atención Hospitalaria en Familias Sin Seguro

Mide la situación de riesgo económico a *nivel nacional* que enfrentan los hogares no asegurados de caer en una "Trampa de Pobreza", o de pérdida de patrimonio ocasionados por gastos de atención en *hospitales*

Nota: Total de Hogares ENIGH 2004 Sin Aseguramiento que reportaron gastos en Atención Hospitalaria 471,242. Hogares que presentan gasto catastrófico (ENIGH 2004) 186,822.

Fuente: Encuesta Nacional Ingreso Gasto de los Hogares 2004, INEGI, cálculos propios.

En 2004 el *Riesgo Nacional de Empobrecimiento por Tener un Paciente Hospitalizado sin Estar Asegurado* para los primeros cinco deciles de ingreso, es decir para el 50% más pobre, era superior al 50%, a excepción del 3° decil que reportó un 37%. A nivel nacional el riesgo promedio era de 39.6%.

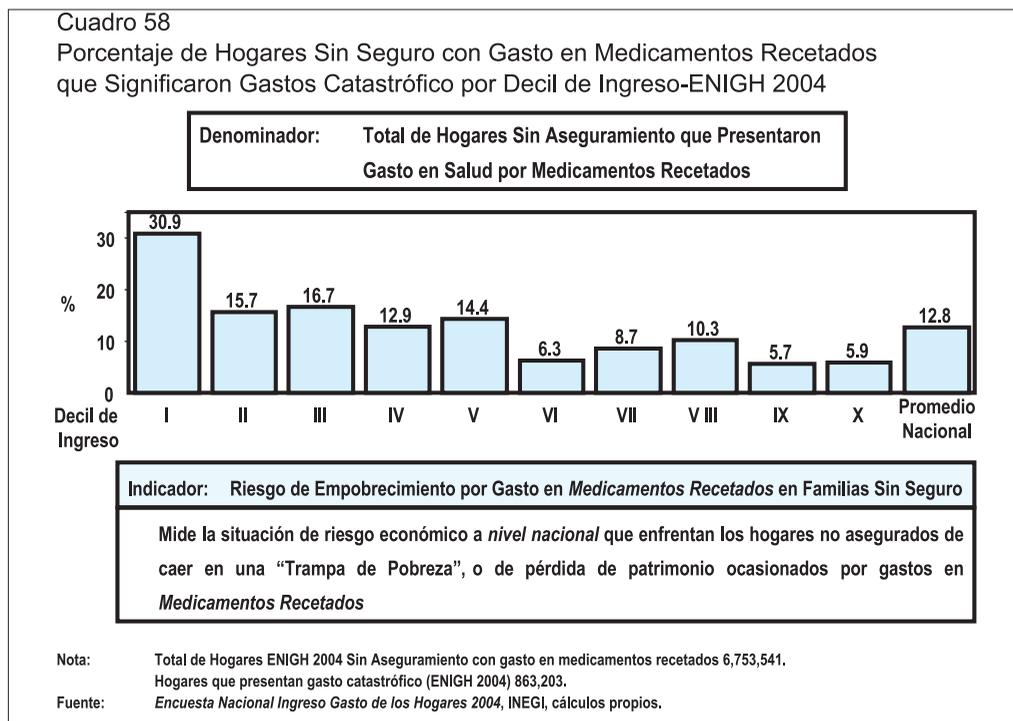
Se observa que la población pobre, en la medida de lo posible, evita a toda costa caer en un hospital, pues resultaría costosísimo, pero cuando desgraciadamente se hospitaliza, en más de la mitad de los casos enfrenta un gasto catastrófico.

Cuando se analiza el patrón de enfermedades en México y se observa el elevado incremento de las enfermedades crónico-degenerativas y las lesiones, se puede prever un incremento de la atención hospitalizada que, dadas las barreras económicas, no se ejerce del todo en el sector privado ya que el paciente muchas veces se trata en forma inadecuada a nivel ambulatorio, o resuelve de manera incompleta sus necesidades de atención hospitalaria, por lo que ante una estrategia de aseguramiento universal financiada con fondos públicos, se deberán canalizar mayores recursos para solventar las demandas hospitalarias no resueltas.

Esta situación, de mayores presiones para la canalización de fondos para la atención curativa especializada en los hospitales, debe analizarse a la luz del costo de oportunidad de restar recursos a la atención primaria a la salud, por lo que las fórmulas de financiamiento y presupuestación deberán ser más desarrolladas y explícitas.

e) *El riesgo económico para los hogares de comprar medicamentos recetados sin estar asegurado.* La quinta interrogante que surge es: ¿cuál es la situación de riesgo económico que enfrentan las familias sin aseguramiento en salud por tener que comprar medicinas recetadas?.

Cuando se examina el “Gasto Catastrófico en Salud” tomando como denominador solamente a los hogares sin aseguramiento que reportaron haber gastado en la compra de medicamentos recetados, se obtiene un indicador que da cuenta del *Riesgo Nacional de Empobrecimiento por la Compra de Medicamentos Recetados sin Estar Asegurado* y expresa la situación de riesgo económico, a nivel nacional, que en un determinado momento enfrentan los hogares de un país al no estar asegurados y tener que pagar medicamentos recetados que implicaron un gasto catastrófico. (Cuadro 58)



En 2004 el *Riesgo Nacional de Empobrecimiento por la Compra de Medicamentos Recetados sin Estar Asegurado* para el 1° decil de ingreso, es decir para el 10% más pobre, era altísimo, de 30.9%. A nivel nacional el riesgo promedio era de 12.8%.

Es muy importante tener presente que mantener como eslogan el “No IVA a Medicinas” no está resolviendo el problema para los hogares más pobres, ya que sin IVA los pobres están

incurriendo en gastos catastróficos en salud, más bien se necesitaría generalizar el IVA a todo consumo, incluyendo medicamentos y con el incremento fiscal se debe fondear e instrumentar un programa de compensación que otorgara medicinas gratuitas en el Seguro Popular, sobre todo a los hogares de los primeros deciles de ingreso.

Hay que tener presente que el segundo rubro de gasto de bolsillo en salud en importancia para las familias, fue la compra de medicamentos recetados (cuadro 44), por lo que toda acción de gobierno que se haga sobre los medicamentos es muy sensible políticamente.

Además es importante tener presente que, debido a la transición demográfica y epidemiológica, el fenómeno del envejecimiento no saludable en condiciones de inseguridad y violencia que sufre México, conduce a una mayor carga de enfermedad por padecimientos crónico degenerativos y lesiones que se convierte en un detonante para consumir más medicamentos más complejos y por lo tanto más caros, por lo que una prescripción completa e integral no podrá lograrse financiándose con el bolsillo de las personas, sólo podrá lograrse a partir de esquemas de aseguramiento públicos.

Es evidente que no porque en un hogar se gaste, incluso de manera catastrófica, podrá adquirir los medicamentos que requiere, por lo que basarse en el gasto de bolsillo no sólo puede resultar catastrófico, sino ineficiente, insuficiente e ineficaz.

f) *El riesgo económico para los hogares sin aseguramiento de automedicarse.*

La sexta interrogante que surge es: ¿cuál es la situación de riesgo económico que enfrentan las familias sin aseguramiento en salud por automedicarse?.

Al analizarse el “Gasto Catastrófico en Salud” tomando como denominador solamente a los hogares sin aseguramiento que reportaron haber gastado en la compra de medicamentos no recetados, se obtiene un indicador que da cuenta del *Riesgo Nacional de Empobrecimiento por la Automedicación en Familias Sin Seguro* y expresa la situación de riesgo económico, a nivel nacional, que en un determinado momento enfrentan los hogares de un país al no estar asegurados y automedicarse incurriendo en gastos catastróficos. (Cuadro 59)

En 2004 el *Riesgo Nacional de Empobrecimiento por la Automedicación en Familias Sin Seguro* para el 1° decil de ingreso, es decir para el 10% más pobre, era de 11.6%. A nivel nacional el riesgo promedio era de 6.4%.

Para atacar el problema de la automedicación, se debe resolver por un lado, el problema de la desprotección social y por el otro el problema de la desregulación del acceso a medicamentos. Estas dos situaciones deben tomarse en consideración cuando se establezcan los programas de reforma.

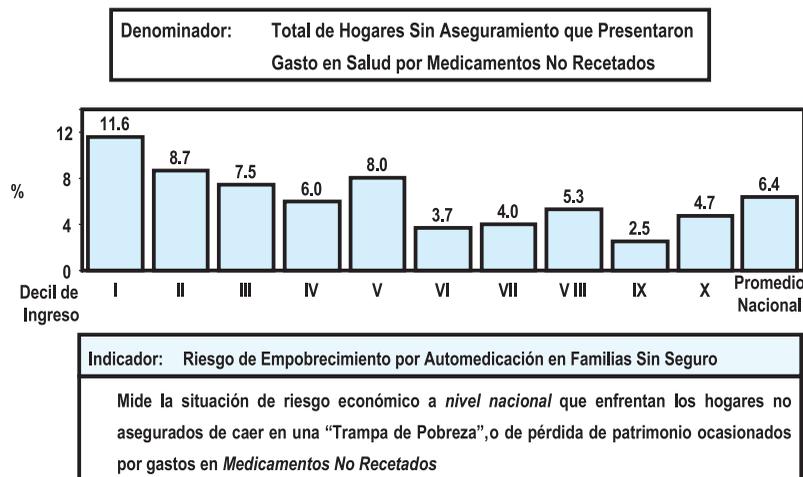
g) *El riesgo económico de la insatisfacción de los hogares con seguridad social.*

La séptima interrogante que surge es: ¿cuál es la situación de riesgo económico que enfrentan los hogares con seguridad social de acudir al sector privado por insatisfacción con los servicios públicos otorgados?

Cuando se analiza el “Gasto Catastrófico en Salud” tomando como denominador solamente a los hogares con aseguramiento que reportaron haber gastado en “Cuidados Médicos y Conservación de la Salud”, se obtiene un indicador que da cuenta del *Riesgo Nacional de Empobrecimiento por la Insatisfacción con los Servicios Públicos en Hogares Asegurados*

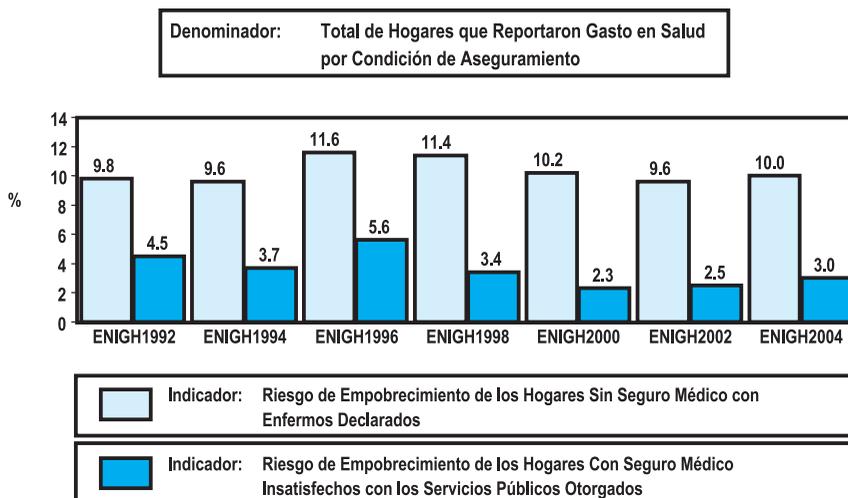
y expresa la situación de riesgo económico, a nivel nacional, que en un determinado momento enfrentan los hogares de un país con seguridad social que tuvieron que gastar en exceso en el sector privado incurriendo en gastos catastróficos. (Cuadro 60)

Cuadro 59
Porcentaje de Hogares Sin Seguro con Gasto en Medicamentos No Recetados que Significaron Gastos Catastrófico por Decil de Ingreso-ENIGH 2004



Nota: Total de Hogares ENIGH 2004 Sin Aseguramiento con gasto en medicamentos no recetados 6,267,900.
Hogares que presentan gasto catastrófico (ENIGH 2004) 399,752.
Fuente: Encuesta Nacional Ingreso Gasto de los Hogares 2004, INEGI, cálculos propios.

Cuadro 60
Porcentaje de Hogares con Gasto Catastrófico en Cuidados Médicos y Conservación de la Salud por Condición de Aseguramiento ENIGH 1992-2004



Fuente: Encuesta Nacional Ingreso Gasto de los Hogares 2004, INEGI, cálculos propios.

En 2004 el 3% de los hogares con seguro de salud incurrían en un *Riesgo Nacional de Empobrecimiento por la Insatisfacción con los Servicios Públicos en Hogares Asegurados*, se observa que el riesgo se incrementó de 2.3% en 2000 a 2.5% en 2002 y a 3% en 2004.

Actualmente si un asegurado está inconforme con los servicios proporcionados, de manera directa, por las instituciones de seguridad social no tiene más opción que la de acudir al sector privado y volver a pagar por sus demandas, y se dice “volver a pagar” pues el asegurado ya pre-pagó su atención médica, ya que se le ha descontado la seguridad social de su sueldo.

Es necesario abrir espacios para que el asegurado pueda expandir sus posibilidades de elección y que el costo de ésta no sea tan alto. Esto se podría ir resolviendo a partir de la incorporación de co-pagos, para cuando el derechohabiente opte por la atención médica privada.

El tema de los co-pagos es muy importante y es hora de que se incluya en la discusión como un tema relevante para debatir en la reforma de la seguridad social.

h) *La probabilidad de incurrir en gastos catastróficos bajo diferentes escenarios.*

El Modelo Probit desarrollado para estimar la probabilidad de incurrir en “Gasto Catastrófico” en México, elaborado con cálculos de la ENIGH 2004, muestra que para un aumento de 1% en la proporción de *adultos mayores* y 1% en la proporción de *niños menores de 2 años* en el hogar, la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico aumenta en 6% y 11% respectivamente. (Cuadro 61)

Cuadro 61
Probabilidad de Incurrir en Gasto Catastrófico en México
para Diferentes Condiciones

Variable	Todos los Hogares	Asegurados	No Asegurados
Proporción de mayores de 65 años	0.7183 ***	0.9083 ***	0.7038 ***
<i>Efectos Marginales</i>	0.0597	0.0411	0.0744
Proporción de Menores de 2 años	1.4044 ***	1.4764 ***	1.3815 ***
<i>Efectos Marginales</i>	0.1168	-0.0024	0.1460
Número de Discapacitados	0.3916 ***	-0.3208	0.4202 ***
<i>Efectos Marginales</i>	0.03258	-0.0145	0.0444
Años de Escolaridad	-0.0144 ***	-0.0001	-0.0176 ***
<i>Efectos Marginales</i>	-0.0011	-2.79e-06	-0.0153
Tiene algún tipo de Aseguramiento	-0.3025 ***		
<i>Efectos Marginales</i>	-0.0118		
Zona Rural	-0.1341 ***	-0.0510	-0.1384 ***
<i>Efectos Marginales</i>	-0.0229	0.0668	-0.0018
Constante	-1.6150 ***	-2.1328 ***	-1.5927 ***
Observaciones	22198	6915	15283

* Significativo al 90%; ** Significativo al 95%; *** Significativo al 99%

Nota: Se estiman modelos Probit, se reportan los efectos marginales. Errores estándar robustos.

Fuente: *Encuesta Nacional Ingreso Gasto de los Hogares 2004*, INEGI, cálculos propios.

Esto se justifica por qué tanto en niños como en adultos mayores se registra la mayor incidencia de enfermedades así como las mayores tasas de mortalidad, además estos grupos etáreos no pertenecen a la población económicamente activa, por ello la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos, en los hogares que tienen niños y adultos mayores, es mayor. Para las mismas variables se observa que en los hogares sin aseguramiento, el riesgo de incurrir en gasto catastrófico es mucho más alto que en los hogares con aseguramiento: 4% en hogares asegurados y 7% en los no asegurados para la proporción de *adultos mayores* y 0.02% y 15% para la proporción de *niños*. Esto nos permite 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*, encontramos que las personas que viven en zonas urbanas tienen una menor probabilidad de incurrir en gasto catastrófico que las personas que viven en zonas rurales. 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, porque por una parte, se encuentran alejadas de centros de salud, lo que implica un gasto en transporte más alto o, en su defecto, gastos por servicios privados de salud.

En relación a la probabilidad de incurrir en *gasto catastrófico y el número de discapacitados* en el hogar, se puede observar que existe una relación positiva entre estas variables: *la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico por cada discapacitado adicional en el hogar, aumenta en 3%*, al distinguir por condición de aseguramiento, se observa que los *no asegurados* tienen una probabilidad de 4% de incurrir en gasto catastrófico, respecto al 1.4% de los asegurados. Se debe aclarar que estos resultados pueden considerarse subestimados para esta variable, si se toma en cuenta que la ENIGH sólo considera a los discapacitados mayores de 12 años, específicamente en la pregunta sobre causas de no trabajo.

La relación entre la probabilidad de *gasto catastrófico y los años de escolaridad* es negativa porque disminuye el riesgo de incurrir en gasto catastrófico 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. Lo anterior se explica porque una persona con educación está más consciente del riesgo de no cuidar su salud y además tiene mayores probabilidades de conseguir ingresos más altos, de acuerdo con la teoría del capital humano.

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. Esto se explica porque el aseguramiento permite cubrir los costos de salud total o parcialmente, lo que representa una ventaja respecto a los hogares no asegurados.

Algunos de los hallazgos más reveladores sobre el análisis del Gasto Catastrófico en salud, nos permiten emitir las siguientes conclusiones:

1. En los hogares de los primeros deciles, resulta una condición sintomática no poseer aseguramiento; si a esta variable se agrega que las familias se desarrollen en un ámbito rural se incrementa el porcentaje de incidencia de empobrecimiento al financiar la atención de su salud.

2. Poseer algún tipo de aseguramiento y tener un mejor nivel de ingreso aleja a los hogares de las posibilidades de incurrir en un gasto catastrófico. La existencia de gastos catastróficos se explica, entre otras causas, por el pago de bolsillo en los servicios de salud.

3. Asimismo se deberá reconocer que el gasto catastrófico en atención de parto y el que se efectúa en atención médica hospitalaria, por ser emblemático de poca solidaridad social y nula equidad en el financiamiento de la salud, merece una atención especial y estimarlo de manera adecuada para lograr generar protección financiera en los deciles económicamente más vulnerables.

4. Los hogares de los primeros deciles, los que no poseen aseguramiento y las familias que viven en un ámbito rural tienen un alto porcentaje de incidencia de empobrecimiento al financiar la atención de su salud. La existencia de gastos catastróficos se explica, entre otras causas, por el pago de bolsillo en los servicios de salud en condiciones de alta pobreza.

5. Dos situaciones que generan irremediablemente gasto catastrófico, en los primeros deciles, es el gasto en hospitalización y el gasto por embarazo y parto.

6. La mala percepción de la calidad de los servicios de salud públicos, ocasiona que algunos asegurados, principalmente de los deciles de ingreso medios y altos, demanden servicios en el sector privado y los paguen de sus bolsillos por lo que pueden incurrir en gastos catastróficos por insatisfacción de los servicios públicos.

7. El gasto de bolsillo para la compra de medicinas recetadas y no recetadas es el principal rubro de gasto en salud, mismo que ocasiona gastos catastróficos y es muy sensible en términos políticos, por lo que debería integrarse un programa de compensación social específico en materia de medicamentos.

8. Los eventos que inducen a las familias a incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud, son principalmente: compra de medicamentos tanto recetados como no recetados y parto sin aseguramiento.

9. La educación es fundamental para alejar a las familias de un gasto catastrófico, ya que como se demostró, resulta ser un factor de protección.

10. La presencia de adultos mayores en las familias incrementa la probabilidad de empobrecimiento por motivos de salud, efecto que se profundiza cuando no hay aseguramiento.

NOTAS

²⁷ CEPAL, *op. cit.*, 2006, pág 88.

* El estudio del financiamiento privado, el gasto de bolsillo y los gastos catastróficos se llevará a cabo en un documento posterior.

* Ver: Carlo G. Coello Levet., *Equidad en Acceso a los Servicios de Salud en México*, capítulos: 2, 3 y 4.

¹²⁸ Secretaría de Salud, *Salud México 2003. Información para la Rendición de Cuentas*, México, 2004.

* Ver Cuadro 1.

¹²⁹ Murray y Frenk (2000), *op. cit.*

IV. Innovaciones institucionales estratégicas

En este apartado se mencionarán, de una manera muy general, algunas de las innovaciones que las principales instituciones del sector salud en México, como: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud (SSA) y lo que han instrumentado para mejorar la equidad, eficiencia, efectividad y calidad de la atención. Se recomienda se transfiera el *know how* adquirido hacia las demás instituciones del sector salud para poder “orquestrar” un proceso de reforma armónico.

Este documento no pretende hacer un recuento de los principales logros de las instituciones de salud, que han sido muchos, sino sólo mencionar algunas innovaciones que han tenido un gran impacto para la eficiencia agregada del Sistema.

a) *Innovaciones relevantes del ISSSTE*

El ISSSTE en el período 2002-2006 instrumentó un ambicioso proceso de reforma financiera que permitió dar fundamento legal a la separación de las funciones de financiamiento-provisión de servicios de salud.

Dos elementos resultaron estratégicos en este proceso: a) La promulgación de nuevo “Estatuto Orgánico del ISSSTE”,¹³⁰ a través del cual se establecía un nuevo marco normativo que le otorgaba facultades legales a la “Subdirección General de Finanzas” para separar orgánicamente las funciones de financiamiento y provisión al interior del ISSSTE, desarrollando la función financiera compradora de los servicios de salud, así como para diseñar y operar: sistemas de costos, esquemas de incentivos al desempeño, acuerdos de gestión, sistemas de información sobre calidad de la atención, efectividad, estrategias para el monitoreo del Fondo de Salud para garantizar su saneamiento financiero a mediano y largo plazo y generación de reservas técnicas y b) la estructuración de la “Subdirección de Aseguramiento para la Salud”, como la instancia a partir de la cual cobraría cuerpo la estrategia de separación de funciones de financiamiento y provisión de servicios.

La situación financiera del ISSSTE se ha vuelto crítica ya que los ingresos en general van en descenso y las transferencias del gobierno federal en aumento. Desde 1998 el “Fondo de Atención a la Salud” del ISSSTE presentó una tendencia deficitaria, misma que se ha atacado a través de diferentes mecanismos pero, aún así, se ha incrementado debido al cambio en las demandas de atención, resultado de la transición epidemiológica y al envejecimiento no saludable de la población derechohabiente. En 2004 el déficit del “Fondo de Atención a la Salud” alcanzó los 2,229.6 millones de pesos, con un déficit acumulado de 6,639 millones de pesos, y este proceso no se va a poder detener a menos que se logre la “Reforma de Pensiones y Salud del ISSSTE” que es una de las principales agendas legislativas pendientes del país.¹³¹

No obstante, la grave situación económica del ISSSTE, se logró instrumentar un ambicioso sistema de planeación estratégica, una revolución informática para generar sistemas de información médico-financiera muy novedosos, un estrategia de “Acuerdos de Gestión” para transitar hacia una forma más eficiente de relación a través de convenios entre proveedores-financiadores y todo un desarrollo del sistema contable, a fin de poder ser la única

institución del país con la posibilidad de generar, en el corto plazo, costos promedio bajo una metodología científica uniforme, en todas sus unidades médicas, gracias al “Sistema Único de Información Medico Financiera” (SIMEF) que integra la información de los 10 Sistemas Institucionales y “Orquesta” los datos de cada sistema para poder llegar a un costo promedio en el que se resume toda erogación efectuada en condiciones de productividad concreta.^{132, 133}

El conocimiento generado por el personal del ISSSTE, en materia de planeación estratégica, compra administrada, acuerdos de gestión, mecanismos para instaurar la competencia entre proveedores y sistemas de costos a gran escala, es única en el país y normalmente la “curva de aprendizaje” tarda de 5 a 10 años en superarse, además el altísimo riesgo de poner en crisis la operación de servicios, al instrumentar reformas operativas que cambien las reglas de juego, es uno de los grandes logros que ha podido superar este equipo de trabajo, por lo que una recomendación sería “aprender de las reformas instrumentadas” e instaurar un mecanismo de “transferencia sistemática de conocimientos, técnicas, métodos y procesos exitosos hacia otros ambientes” además de fortalecer las acciones para dar continuidad a los procesos internos de reforma de medio camino iniciados, ya que los grandes frutos de estos procesos se podrán ver, en el mediano plazo, cuando los activos de la institución puedan en sí mismos convertirse en fuentes generadoras de ingreso.

b) *Innovaciones del IMSS*

El IMSS ha partir de 2001, presentó una serie de diagnósticos sobre la gravísima situación financiera de la Institución. En 2005 se estimó una cobertura de derechohabientes de 43,690,549 personas, de los cuales 16,499,612 eran asegurados y 2,263,756 eran pensionados, además el IMSS-Oportunidades cubría a 10,238,633 personas, para el año 2005 se tenía como meta un ingreso de operación de 162,611 millones de pesos y un gasto de 167,696 millones de pesos, con un déficit de 5,085 millones de pesos.¹³⁴

El IMSS de 2001 a 2005 instrumentó un programa de “compactación de estructuras administrativas” que disminuyó 10,684 plazas con un ahorro de 1,893.4 millones de pesos.¹³⁵

A pesar del déficit financiero, el IMSS otorgó prioridad a la Medicina Familiar y generó un proceso de mejora y fortalecimiento a partir de la estrategia PREVENIMS, entre 2001 y 2006 se construyeron 60 nuevas Unidades de Medicina Familiar, se ampliaron y remodelaron 225 Unidades. A su vez, se generó un “Programa de Fortalecimiento de Hospitales”, que apuntaló a 40 hospitales que requerían apoyos especiales para mejorar su capacidad resolutoria, se construyeron 17 nuevos hospitales, así como uno de 3° nivel de traumatología y ortopedia y se efectuaron acciones para ampliar y remodelar 180 hospitales.¹³⁶

Un programa instrumentado, muy importante, fue el de las “Unidades Médicas de Alta Especialidad” (UMAE), a través del cual se les ampliaban las atribuciones a 25 hospitales de alta especialidad, a fin de lograr una mayor autonomía y desconcentración para operar con mayor libertad bajo una normatividad estricta y un proceso detallado de rendición de cuentas. Esta innovación resulta muy relevante para lograr el desarrollo institucional y liberar a los hospitales para que puedan competir por recursos en un mercado, por lo que esta experiencia exitosa del IMSS recomendamos se transfiera hacia otras instituciones.

El IMSS, desde finales de los noventa, tiene un “Sistema de Clasificación del Producto Hospitalario” que permite conocer a detalle los productos y las intervenciones médico-quirúrgicas que genera cada hospital y posibilita acciones para mejorar la eficiencia clínica. Este instrumento es de gran utilidad y se recomendaría ampliamente su adopción generalizada en otras instituciones del sector salud.

Otra área en donde el IMSS tiene mucho que enseñar, es en materia de afiliación, recaudación, fiscalización, modernización de las Subdelegaciones y en especial toda la experiencia acumulada, en más de medio siglo para atacar la subdeclaración, evasión y elusión por lo que se recomienda que se transfiera, a fin de desarrollar la función aseguradora, tanto al ISSSTE como al Seguro Popular de Salud.

Se destaca que si bien la estrategia de fortalecimiento de Medicina de Familia a través de PREVENIMS se desarrolló y obtuvo resultados excelentes al incorporar 32,456,554 derechohabientes —97.7% de la población a cubrir, a protocolos de atención preventiva mediante la estrategia de “Cartillas de Salud”—, el IMSS dio un paso atrás al no continuar con su programa de “Libre Elegibilidad e Incentivos al Desempeño del Médico de Familia” por lo que se recomienda que la experiencia acumulada, sobre este proyecto, se retome a partir de 2007, ya que es fundamental el cambio en los esquemas de remuneración al médico de familia y su equipo para que las dinámicas operativas cambien, y sólo el IMSS tiene la experiencia de diseñar e instrumentar, aunque sea a nivel piloto, este tipo de programas tan prometedores que ahora se pueden enriquecer con la experiencia de PREVENIMS.

A su vez, el IMSS logró generar nuevos instrumentos para la eficiencia y estandarización de procesos como el “Expediente Clínico Electrónico”, el desarrollo del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) y la Unidad de Evaluación de la Tecnología. Experiencias y tecnologías que sería muy recomendable se transfirieran hacia otras instituciones para uniformar los instrumentos, sistemas y metodologías de evaluación.

c) *Innovaciones del IMSS-Oportunidades*

El Programa IMSS-Oportunidades cubría, en 2004, a 10,238,633 personas en 2004 y fomenta la participación comunitaria de más de 260 mil voluntarios que vinculan a las comunidades con las unidades médicas, cuenta con 3,540 unidades médicas rurales y 69 hospitales rurales, dando cobertura a más de 17,192 localidades en 1,264 municipios en 17 estados de la República. En 2004 otorgó 9,130,029 consultas, más casi dos millones de consultas a niños menores de 5 años y 823,657 a mujeres embarazadas, distribuyó más de 19,668,707 sobres de suplemento alimenticio y se aplicaron 10,261,038 dosis de vacunas. Se hicieron detecciones en 2,923,777 personas en el Programa de Diabetes Mellitus y 4,221,242 en el Programa de Hipertensión Arterial. El Programa de Planificación Familiar tiene una cobertura de 60% y actúa sobre 1,304,999 parejas usuarias de algún método anticonceptivo, por lo que se ha reducido el número de hijos por mujer a 3.9.¹³⁷

El Programa IMSS-Oportunidades, es uno de los instrumentos de mayor efectividad y menor costo que el Estado Mexicano ha desarrollado para la atención a la salud en comunidades rurales y se recomienda que se sistematicen las acciones a fin de transferir logros del Programa en las comunidades rurales de los estados de la República en donde el Programa no opera.

d) *Innovaciones de la Secretaría de Salud*

La Secretaría de Salud a partir de 2000 generó un cambio paradigmático dentro del Sistema Nacional de Salud, al insertar nuevos componentes al Sistema que posibilitan por primera vez en la historia de México, transitar hacia una cobertura universal del aseguramiento en salud.

La SSA partió de un diagnóstico muy profundo y detallado, tanto del estado de la salud de los mexicanos como de las condiciones económico-financieras del sector salud y de las familias, y estructuró el Programa Nacional de Salud 2001-2006, en donde se programaron innovaciones de gran alcance como el Programa de Arranque Parejo en la Vida, para atender problemas de salud materno-infantil, las cruzadas por la calidad de la atención y el tránsito hacia un seguro de salud para población sin seguridad social.

Los estudios piloto para formular el Seguro Popular de Salud se iniciaron desde 2002 y en 2003 se promulgó el Decreto por el que se reformó la Ley General de Salud en materia de Protección Social,¹³⁸ brazo financiero para dar soporte a la instrumentación, a partir de 2004, del Seguro Popular de Salud instrumento que en 2006 cubre a más de 5 millones de familias y 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.¹³⁹

El Seguro Popular en 2004 cobraba tarifas de acuerdo con la capacidad económica del usuario, en donde el 1° y 2° decil de ingreso quedan 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, y el 94%, de las personas afiliadas, correspondía al 1° y 2° decil de ingreso y el 45% del gasto se aplicaba a medicamentos. Con estos datos se observa una gran coherencia, entre la problemática observada con los gastos catastróficos y la respuesta del Seguro Popular, lo que queda de manifiesto en los logros que se han documentado a lo largo de esta investigación.

La SSA, tuvo como una innovación estratégica la estructuración de una “Unidad de Análisis Económico”, entidad con un alto nivel técnico-científico, que posibilitó hacer los estudios económico financieros para darle validez al Sistema de Protección Social en Salud, así como diversos estudios para el desarrollo de la industria químico-farmacéutica. Se recomienda que el conocimiento acumulado por esta Unidad se consolide y se pueda transferir hacia otras instituciones.

El desarrollo de sistemas de información para fortalecer la reforma, ha sido una pieza clave y la oficialización del Sistema de Cuentas Nacionales de Salud es un claro ejemplo de cómo la información puede servir para soportar procesos de reforma. Asimismo, se estableció una instancia de evaluación del desempeño que ha permitido avanzar en la efectividad y calidad de la atención médica.

La SSA mantuvo un nivel de excelencia en las acciones relacionadas con los servicios no personales de salud, en especial ha sido muy eficaz en el manejo de problemas de tipo epi-

demiológico, brotes, sistemas de vigilancia epidemiológica, vacunación, planificación familiar y educación para la salud. Asimismo, el proceso de Regulación Sanitaria ha seguido avanzando y se ha logrado conformar un enfoque moderno que promueve la salud sin obstaculizar el desarrollo económico.

e) *La necesidad de generar una agenda única de reforma y tener como propósito la convergencia*

Las instituciones de salud en México han estado inmersas en un proceso de reforma y modernización a lo largo de la última década, no obstante, la agenda de reforma no ha sido la misma para cada institución y se han logrado diferentes avances en diferentes áreas que de integrarse lograrían una gran mejoría en la prestación.

México requiere de un proceso de cambio que orqueste las “Reformas de Medio Camino”, de cada una de las instituciones de salud, y las conduzca hacia la “convergencia”, en donde por un lado se reduzcan costos resultantes de duplicaciones y economías de escala y por el otro, se logre la estandarización de procesos y la incorporación de instrumentos comunes para todas las instituciones como son: el sistema de información, los costos, la evaluación de la efectividad y calidad, etc., para que con estas acciones se pueda conformar un Sistema Único de Salud. Mucho de esto ya se ha hecho, pero se requiere transferir en forma sistemática.

México vive una organización del sistema de salud fragmentada, que reproduce a partir de diferentes agendas de cambio, para cada institución y cada organización toma un camino diferente, las autoridades de las distintas instituciones no hacen eco más que a sus procesos internos y muchas veces obstaculizan los procesos de cambios de las “otras instituciones”, el resultado es que el país vive una atención médica que se percibe como desordenada y se conduce con diferentes agendas, intereses y tiempos desde la cúpula de la federación.

A su vez, las reformas de medio camino, que se recomienda consolidar, requieren de un nuevo traje organizacional, ya que se aspira a un aseguramiento universal y ninguna institución presenta una estructura orgánico-funcional que la haga funcionar como “aseguradora”, se requiere de una profunda reforma administrativa que elimine duplicidades, genere nuevas instancias y contrapesos institucionales que permitan el mejoramiento del desempeño, atacando de manera frontal la falta de instrumentos básicos como son los costos, o la evaluación sistemática de la efectividad, para dar racionalidad económica a las instituciones y modificar formas tradicionales de remuneración y pago a proveedores, que no generan los incentivos correctos para que las instituciones transformen sus activos, en especial su capital humano y su capital físico, en fuentes generadoras de ingreso y que propicien una mejor calidad de vida para los mexicanos.

NOTAS

¹³⁰ ISSSTE, 2002, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, “Acuerdo de la Junta Directiva por el que se aprueban las reformas, adiciones y derogaciones a diversas disposiciones del Estatuto Orgánico del ISSSTE”, *Diario Oficial*, 30 de julio de 2002, México.

131 ISSSTE, “El ISSSTE, su entorno, situación financiera y perspectiva”, ISSSTE Subdirección General de Finanzas, México, 2005, pág. 79.

132 ISSSTE, El Sistema de Planeación Estratégica Participativa del ISSSTE. Subdirección General de Finanzas. México. 2005.

133 ISSSTE, *El Sistema de Información como Soporte a la Toma de Decisiones en el ISSSTE*, Subdirección General de Finanzas, México, 2005.

134 IMSS, *Informe de la Dirección General LXCIV*, Asamblea General Ordinaria, IMSS, Septiembre México 2005.

135 *Ibid.*, pág. 50

136 *Ibidem.*

137 IMSS, 205 *op. cit.*, pág. 118.

138 *Diario Oficial de la Federación, op. cit.*, 15 de mayo de 2003.

139 Secretaría de Salud, *Catálogo de Beneficios Médicos* (CABEME), Secretaría de Salud, 1° Edición 2002, México, D. F.

V. Recomendaciones y propuestas

En la Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada por las Naciones Unidas en 1948 se establecen tres tipos de derechos: los *derechos civiles*, los *derechos políticos* y los *derechos económicos, sociales y culturales* que incluyen derecho al trabajo, a la seguridad social, a ingresos dignos, al descanso y al tiempo libre, a la *salud*, al abrigo, a la vivienda y a la cultura, entre otros.¹⁴⁰

El gran acuerdo político que en materia de salud se requiere instrumentar en México, debe incluir los *derechos económicos, sociales y culturales* que fomenten la equidad, universalidad, solidaridad y eficiencia, tal y como lo ha planteado la CEPAL,

la universalidad no exige de la necesidad de ejercer determinados grados de selectividad, y no puede extenderse hasta niveles de protección que no sean financiables; los grados de solidaridad deben ser acordes con las exigencias de integración social y con la estructura de distribución del ingreso; y la eficiencia no puede leerse solo en términos del ámbito macroeconómico sino, debe entenderse como la capacidad para maximizar los objetivos sociales con recursos escasos.¹⁴¹

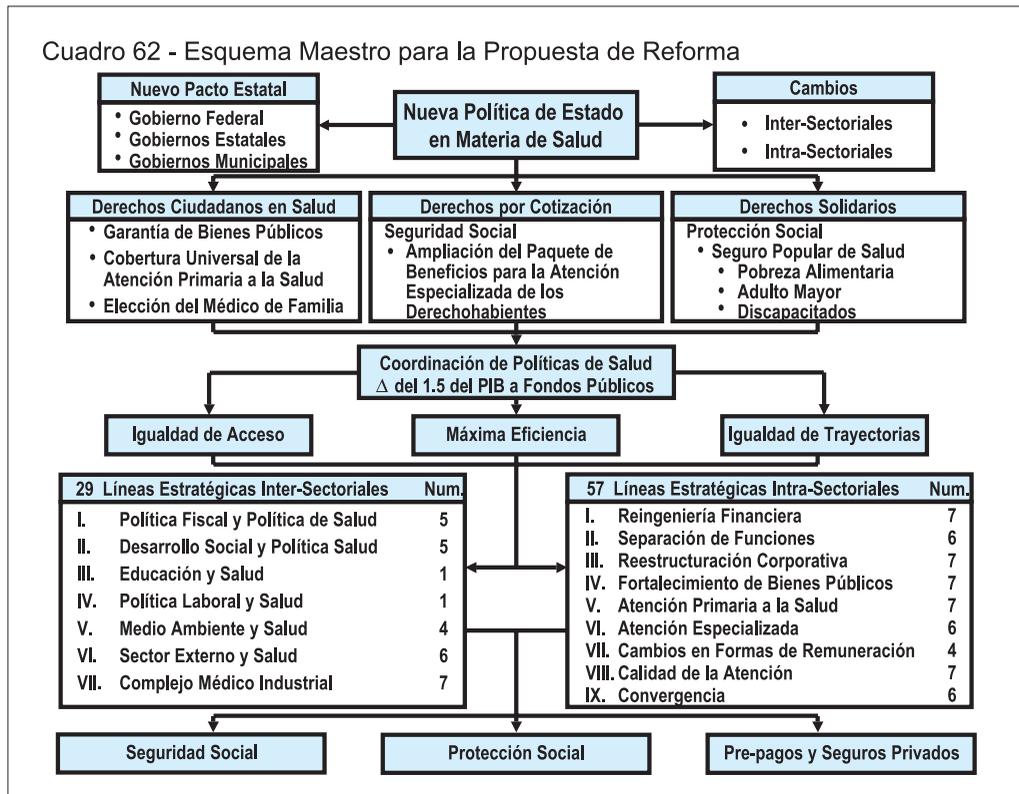
Las recomendaciones que a continuación planteamos, se apoyan en la certeza de considerar a la salud como fruto de procesos de múltiples dimensiones, pues las mejoras en los niveles de salud muchas veces son consecuencia de mejoras en la educación, en el saneamiento básico, en el empleo de calidad o en la generación de un entorno saludable, por lo que se considerarán sinergias intersectoriales, es decir relaciones entre distintos sectores de la economía y la salud que elevan la calidad de vida, así como acciones intra-sectoriales: es decir, procesos que se deben reformular al interior del sector salud para mejorar la efectividad, disminuir los costos, ampliar la capacidad de elección del usuario y mejorar la calidad y aceptación social de los servicios.

En los siguientes párrafos se emiten recomendaciones para hacer explícitos y extensibles los derechos en salud a toda la sociedad mexicana —fundamentalmente los que viven en un contexto de pobreza, desigualdad y con un envejecimiento poco saludable—, considerando las necesidades de financiamiento adicionales que se requieren en salud para hacer sustentable la universalización de la cobertura, así como los cambios en el sistema, en las instituciones, en el financiamiento, en la estructura orgánica y funcional y en los nuevos instrumentos para avanzar en la maduración de un Sistema Único de Salud que mejore la calidad de vida de los mexicanos.

En las propuestas se tratará de definir en qué se traducen los derechos sociales en salud para la población, a partir de la recomendación del abanico de intervenciones que materialicen el acceso a prestaciones, activos y beneficios al que todo ciudadano debe aspirar por ley, a las adiciones al paquete de beneficios a las que puede aspirar según su condición de aseguramiento o su disponibilidad para ampliar la cantidad y calidad de los servicios, así como los plazos para el logro de la plena titularidad y la gradualidad con la que se propone instrumentar los cambios.

El Esquema Maestro de la Propuesta de Reforma en Salud

La reforma del Sistema Nacional de Salud en México debe partir de la generación de una *Nueva Política de Estado en Materia de Salud*, es decir requiere de un nuevo pacto social en el que se reformulen, tanto a nivel económico financiero, como de funcionamiento, los ámbitos de responsabilidad del Gobierno Federal, Estatal y Municipal, a fin de construir un sistema de salud único para todos los mexicanos. A su vez, deben replantearse tanto las acciones internas al sector salud como las acciones a instrumentar en otros sectores de la economía. (Cuadro 62)



La *Nueva Política de Estado en Materia de Salud* debe integrar 3 tipos de derechos: los *Derechos Ciudadanos en Salud*, los *Derechos por Cotización en Salud* y los *Derechos Solidarios en Salud*, a través de los que se otorgue fundamento legal para que el Estado *orqueste un cambio*, con repercusiones en todos los niveles de gobierno y en los principales ámbitos de la vida nacional, y que dicho cambio se traduzca en acciones sencillas para que la población pueda exigir la titularidad y cumplimiento de sus derechos.

Los *Derechos Ciudadanos en Salud*, deben responder a una lógica de equidad colectiva, considerar a los *Bienes Públicos*, así como a las intervenciones más-costo-efectivas, en salud que generan una alta externalidad y deban por tanto cubrir a toda la población sin distinciones y ser financiadas a través de la *Cuota Social del Estado*. Se podría resumir esta estrategia

en dos principios: a) la garantía del otorgamiento por parte del Estado de los *Bienes Públicos en Salud* y b) la garantía del derecho de las personas de *elegir un Médico de Familia* el cual sería el responsable de otorgar el *Paquete de Beneficios de Atención Primaria a la Salud*, como umbral mínimo a proveer de, forma homóloga y nominal, en todas las instituciones de salud, dependiendo de la edad y sexo del asegurado, con libre transportabilidad institucional.

Los *Derechos por Cotización* se fundamentan en la necesidad de *preservar* un “Sistema de Seguridad Social” que transite hacia la *convergencia* entre las diversas instituciones de seguridad social en México, que permitan de manera más o menos lineal (aportes-beneficios), ampliar racionalmente las prestaciones en salud de manera específica para diferentes grupos sociales amparados y en donde los agentes económicos sigan contribuyendo con cotizaciones en seguros de salud. Debido a que a través de los derechos ciudadanos y la “Cuota Social del Estado” se garantizaría la cobertura universal de la Atención Primaria a la Salud y se contaría con una *plataforma* para erigir el sistema de atención médica, las contribuciones obrero-patronales a la seguridad social podrían focalizarse en la ampliación del *Paquete de Beneficios de Atención Especializada* de cada uno de los esquemas de aseguramiento.

Los *Derechos Solidarios en Salud*, resultantes del nuevo “Pacto Social en Salud”, para enfrentar el problema de la pobreza, la desigualdad y la vulnerabilidad por motivos de salud, deben permitir la preservación y desarrollo del “Sistema de Protección Social en Salud” y establecer políticas y líneas de acción para focalizar *Paquetes de Beneficios en Atención Especializada* dirigidos a poblaciones que viven en condición de *Pobreza de Capacidades, Alta Vulnerabilidad y Discapacidad y Adulto Mayor de 65 Años*, que incluiría intervenciones con criterios de seguridad, costo-efectividad, adherencia a normas éticas y aceptabilidad social.

Con base en los estándares internacionales y las recomendaciones de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud¹⁴² se requiere incrementar los *Fondos Públicos en Salud* en 1.3 puntos porcentuales del PIB, para alcanzar un Gasto Público en Salud de 5.25 puntos del PIB, manteniendo por lo menos el Gasto Privado en 2.9 puntos del PIB, con la radical transformación de “gastos de bolsillo” a “gastos en pre-pagos” o “contribuciones para el aseguramiento voluntario” para alcanzar una cifra nacional de Gasto en Salud superior al mínimo establecido de 7.5 del PIB.

Es muy importante utilizar los recursos adicionales para que con el crecimiento de los Fondos Públicos del 1.3% del PIB adicional, se *orqueste* el cambio de la *Nueva Política de Estado en Materia de Salud* y se consigan resultados en cuatro niveles:

1. Superar la fragmentación institucional, que es considerado el principal problema del Sistema de Salud Mexicano por parte de la OCDE,¹⁴³ por lo que es necesario que a partir de la estructuración de una *Coordinación Nacional de Políticas en Salud* se diseñen, establezcan y evalúen “Líneas Estratégicas de Reforma” tanto para las instituciones del sector salud, como para los otros sectores de la economía involucrados, y se evite que cada institución de salud cree su propia agenda de reforma y obstaculice la convergencia institucional hacia un Sistema Universal de Salud.

2. la sustentabilidad del principio de *Igualdad de Oportunidades al Acceso* de servicios de salud, expresadas en lograr una cobertura universal de los derechos ciudadanos y una convergencia del paquete de beneficios de la seguridad social y de los esquemas de protección social.

3. La sustentabilidad del principio de *Igualdad de Trayectorias*, es decir garantizar que una vez que un individuo esté cubierto por algún esquema de aseguramiento en salud, se garantice un resultado similar en las intervenciones en salud otorgadas entre los diferentes esquemas.

4. La garantía del principio de *máxima eficiencia en la utilización de recursos escasos*, por lo que en las *Líneas Estratégicas de Reforma* se deberán incluir intervenciones selectivas que combatan las asimetrías de información, fundamenten la reingeniería financiera del sector, articulen sinergias intra-institucionales e inter-sectoriales, den seguimiento a los procesos y establezcan parámetros para la rendición de cuentas a nivel macro, mezo y micro, determinen metodologías de evaluación sistemática del desempeño, detecten las diferencias en la calidad de la oferta de servicios, instrumenten estrategias para la contención de los costos y para la competencia administrada entre proveedores, permitan la introducción de incentivos para que los activos institucionales se conviertan en fuentes generadoras de ingreso, establezcan las desigualdades en el acceso a redes de apoyo y en los costos de oportunidad. Acciones que en su conjunto marcan diferencias en trayectorias, incluso cuando se fortalece la igualdad de oportunidades en el origen.¹⁴⁴

En la propuesta para la avanzar hacia un “Sistema Único de Salud, se proponen 7 áreas inter-sectoriales de acción: a) Fiscal, b) Desarrollo Social, c) Laboral, d) Educativa, e) Ambiental, f) Transacciones Internacionales y g) Complejo Médico Industrial con 29 líneas estratégicas de acción.

A su vez, se emiten recomendaciones en 9 áreas intra-sectoriales: a) Reingeniería Financiera, b) Separación de Funciones, c) Reestructuración Corporativa, d) Fortalecimiento de Bienes Públicos, e) Atención Primaria a la Salud, f) Atención Especializada, g) Cambios en Formas de Remuneración, h) Calidad de la Atención y i) Convergencia; con 57 líneas estratégicas de acción. (Cuadro 62)

Recomendaciones intersectoriales. (Cuadro 63)

I. Alinear la Política Fiscal y la Política de Salud

1. Aumentar el gasto público en salud en 1.3 puntos porcentuales del PIB, para fortalecer los programas de compensación social en salud redistributivos.

2. Desterrar la reforma fiscal, a través de la participación activa del sector salud, trasladando la discusión de la parte de ingresos-recaudación, a la parte de egresos-gasto en salud efectivo, con garantía de acceso a medicinas gratuitas para los pobres.

3. Valorar el aumento a impuestos al tabaco y ampliar los apoyos de la industria tabacalera al sector salud.

4. Cambiar la arquitectura financiera de los fondos públicos y la modificación de los Ramos 12, 13, 19, 28 y 33 para que la estructura programático presupuestal responda a la nueva “Política de Estado en Materia de Salud.

5. Instrumentar nuevas reglas de participación fiscal entre los tres niveles de gobierno, organismos e instancias para hacer sustentable económicamente el nuevo pacto social en salud.

Cuadro 63
Líneas Estratégicas Inter-Sectoriales (1)

<p>I. Política Fiscal y Política de Salud</p> <p>1.1 ▲ del Financiamiento Público de 1.5 del PIB 1.2 Garantía de medicamentos gratuitos para pobres 1.3 Nuevos impuestos al tabaco y alcohol 1.4 Reestructuración de ramos programáticos 1.5 Nuevas reglas de participación fiscal entre niveles de gobierno, organismos e instancias</p>	<p>II. Desarrollo Social y Política de Salud</p> <p>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</p>
<p>III. Empleo y Política de Salud</p> <p>3.1 Convergencia de todos los subsidios, instrumentos y programas de apoyo hacia la Seguridad Social 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</p>	<p>IV. Educación y Salud</p> <p>4.1 Mancomunar los Servicios Educativos y de Salud 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 contenidos de salud en libros de texto</p>
<p>V. Ambiente y Salud</p> <p>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</p>	<p>VI. Transacciones Internacionales, Migración y Turismo.</p> <p>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</p>

II. Mancomunar la Política de Desarrollo Social y la Política de Salud

6. 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.

7. Focalizar las acciones en salud, ampliación del paquete de beneficios para atacar problemas epidemiológicos propios del rezago e introducir incentivos especiales a los trabajadores de salud para arraigarlos a las comunidades y responder a las necesidades de la población rural dispersa y los pueblos indígenas.

8. Instrumentar un nuevo "Sistema de Apoyo Psicosocial a Jefes de Familia" que se sume a las transferencias monetarias del Programa de Oportunidades, para generar condiciones individuales y familiares que detonen un cambio de actitud hacia el progreso.

9. Fortalecer las acciones en saneamiento básico, drenaje, agua potable y vivienda para población que vive en condiciones de Pobreza.

10. Ampliar los programas de nutrición dirigidos a los pobres.

III. Alinear la Política Laboral y la Política de Salud

11. Replantear de manera integral todos los instrumentos de redistribución del ingreso del país, a fin de que todos converjan en la seguridad social, y que ésta se instituya como el único vehículo integrador de todos los mecanismos existentes en México para lograr el desarrollo humano integral y la promoción del empleo formal de calidad.

Se recomiendan 6 sub-líneas de acción para avanzar en la sinergia entre la política laboral y la política de salud:

- a) El replanteamiento del significado socio-económico del “empleo formal”.
- b) La generación de formas más accesibles de contribución económica para el aseguramiento en salud, dirigidas a organizaciones de trabajadores informales con cierta capacidad económica, como un paso hacia la formalización.
- c) El desarrollo de nuevos esquemas de afiliación y contribución en las otras ramas de aseguramiento social, como el seguro de riesgos de trabajo y el seguro de pensiones para ir abriendo espacios hacia la formalización del empleo.
- d) La generación de condiciones e incentivos económicos para promover empleos de calidad para los discapacitados, a partir de la cobertura universal del aseguramiento a discapacitados financiado por el Estado, para abaratar el costo de incorporación de discapacitados al mercado de trabajo.
- e) El establecimiento de sanciones más estrictas a grupos sociales que deliberadamente se aprovechen del nuevo entorno de protección social y pese a estar en condiciones económicas para contribuir decidan no hacerlo, no participen en la corresponsabilidad social y no abandonen prácticas indeseables en términos sociales o que pongan en riesgo la vida de menores o grupos vulnerables.
- f) El mejoramiento en el registro de información ciudadana a partir de lograr una cobertura universal que no sólo proporcione datos nominales de las personas, sino que alimente un banco de datos universal con información relevante sobre sus huellas digitales, tipo de sangre, ADN y otro tipo de información relevante por cuestiones de seguridad nacional y apoyo ante urgencias médicas.

IV. *Mancomunar la Política Educativa y la Política de Salud*

12. Mancomunar los servicios educativos con los servicios de salud de los niños y los jóvenes a partir del replanteamiento integral de la gestión de la salud de la población que asiste a los centros educativos.

Se recomiendan 12 sub-líneas de acción para avanzar en la sinergia entre la política educativa y la política de salud:

- a) La cobertura universal del aseguramiento en salud dirigido a los niños y jóvenes, a partir de la reestructuración de los servicios escolares de salud y la garantía de un paquete integral de beneficios de Atención Primaria a la Salud para los estudiantes.
- b) Mejorar las condiciones de higiene y limpieza en las escuelas y la instrumentación de un “Programa de Acreditación de Escuela Limpia”, en donde se garantice que en los centros educativos no falten los mínimos indispensables para procurar cotidianamente salud e higiene.
- c) La realización de un “Diagnóstico de la Salud de los Estudiantes por Centro Escolar”, un “Diagnóstico sobre las Condiciones Sanitarias de la Escuela” y un “Plan de Acción para Mejorar la Salud de los Estudiantes por Centro Escolar”.
- d) El establecimiento y provisión de un “Paquete de Beneficios en Atención Primaria a la Salud por Grupo Etnario y Género” homogéneo para todos los estudiantes, de probado

costo-efectividad y aceptabilidad social, que responda a las necesidades por grupos de edad y género en los diferentes niveles educativos.

e) La inclusión sistemática por grupo etáreo y género de acciones de promoción de la salud, educación para la salud, autocuidado, prevención de enfermedades, adicciones y accidentes, diagnóstico oportuno, tratamiento de males menores y canalización hacia la atención especializada, así como la promoción de acciones específicas en materia de monitoreo nutricional, combate a la violencia, enfermedades de transmisión sexual y embarazo en adolescentes.

f) El desarrollo de sistemas de información, acreditación de proveedores públicos y privados, rendición de cuentas y evaluación del “Nuevo Modelo de Atención a la Salud en las Escuelas.

g) La garantía del financiamiento con fondos públicos del paquete de beneficios establecido en los Programas de Atención Primaria a la Salud para el estudiante.

h) El diseño de una fórmula de pago por capitación, ajustado por edad y sexo del estudiante, para el otorgamiento del “Paquete de Beneficios en Atención Primaria a la Salud por Grupo Etáreo y Género”, para que se establezca el número de alumnos pertinente a ser atendidos por el médico de familia y su equipo de salud, el cual deberá someterse a un proceso de rendición de cuentas nominal, y en su caso grupal, a las autoridades competentes del sector salud, del sector educativo y a las organizaciones de padres de familia.

i) El establecimiento de esquemas de incentivos que promuevan el buen desempeño del equipo de salud que trabaje en las escuelas.

j) La pluralidad en la provisión del paquete de beneficios en salud, siempre y cuando el prestador primario, ya sea público o privado, esté acreditado por la autoridad competente del sector salud y se someta a un proceso de evaluación y rendición de cuentas;

k) El mejoramiento de los contenidos de salud en los libros de texto y la inclusión de temas sobre: autocuidado, estilos de vida saludable, prevención de accidentes, combate a las adicciones y educación sexual, entre otros.

l) El establecimiento de estrategias que permitan, de forma acotada, la participación de las organizaciones de padres de familia y autoridades en las escuelas en la libre elección del médico de familia, responsable de la atención de los educandos y en los casos que así lo requieran, la libertad de elección del médico de familia a nivel individual, siempre y cuando se garantice el cumplimiento en tiempo y forma del paquete de beneficios establecido por grupo etáreo.

V. Alinear la Política Ambiental y la Política de Salud

13. Focalizar las acciones para lograr el “Blindaje Sanitario del País”, a partir de integrar esfuerzos de los 3 niveles de gobierno y de diversos sectores para garantizar: el acceso universal a agua potable, el tratamiento del total de aguas residuales, avances significativos en saneamiento básico y drenaje, y el manejo efectivo de la basura.

14. Focalizar las acciones para mejorar la capacidad de respuesta ante contingencias y desastres resultantes del cambio climático y atmosférico.

23. Condicionar el 1.3 % del PIB adicional para el Sector Salud a la competencia regulada entre proveedores públicos y privados.

24. Utilizar el poder de compra del Estado y los incrementos en los fondos públicos como palanca de desarrollo del “Complejo Médico Industrial” y de la Industria Químico Farmacéutica.

25. Privilegiar a los primeros deciles de ingreso, es decir a los más pobres, con la canalización de recursos adicionales y abrir espacios al sector privado local para competir para otorgar el paquete de beneficios.

26. Combatir el falso dilema de la privatización de la salud, a partir de incrementar los fondos públicos y promover el pluralismo en la prestación que reduzca ineficiencias y desperdicios.

27. Ampliar la elección del proveedor de servicios de salud y desarrollar el marco regulatorio para el establecimiento de co-pagos de los derechohabientes.

28. Avanzar en el proceso de regulación del mercado privado.

29. Combatir la automedicación y promover la disminución de medicamentos no recetados.

Recomendaciones intra-sectoriales. (Cuadro 65)

Cuadro 65
Líneas Estratégicas Intra-Sectoriales

I. Reingeniería Financiera	II. Separación de Funciones	III. Reestructuración Corporativa
1.1 ▲ del Financiamiento Público 1.2 Reorientación programática 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	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	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 Re-aseguro por malas prácticas
IV. Fortalecimiento de Bienes Públicos	V. Atención Primaria a la Salud	VI. Atención Especializada
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	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	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	VIII. Calidad de la Atención	IX. Convergencia
7.1 Incentivos al desempeño 7.2 Pagos por capitación 7.3 Subrogación 7.4 Contratos	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	9.1 Transferencia de <i>know how</i> 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

I. Reingeniería Financiera

1. Aumentar los “Fondos Públicos para la Atención a la Salud” en 1.3 puntos porcentuales del PIB, condicionados a una reingeniería financiera en donde se combinen subsidios a la oferta, a partir de fórmulas explícitas de asignación-presupuestación, con subsidios a la demanda a través de fórmulas capitadas donde el dinero “siguiera al paciente”.

2. Reorientar la *Cuota Social* de la Federación y las aportaciones de los Estados, es decir modificar la arquitectura financiera de los Ramos 12, 13, 19, 28 y 33, para dar sustento económico a derechos en salud en los siguientes términos:

a) La homologación del “Paquete de Beneficios de Atención Primaria a la Salud”, al que todo mexicano debe tener derecho, estructurando como plataforma del Sistema de Salud a la Medicina de Familia, en donde cada ciudadano cuente con el derecho exigible de elegir a su médico de familia y tenga libre transportabilidad entre instituciones.

b) La sustentabilidad económica de un “Paquete de Beneficios de Atención Especializada” dirigido a población en condiciones de “Pobreza de Capacidades” (25,653,956 mexicanos en 2004) y alta vulnerabilidad (discapacitados), el cual se otorgaría con criterios de seguridad, costo-efectividad, adherencia a normas éticas y aceptabilidad social.

c) La sustentabilidad económica de un “Paquete de Beneficios de Atención del Adulto Mayor”, a través del cual todo mexicano mayor de 65 años tuviera cubierto un aseguramiento integral en salud el cual incluiría intervenciones con criterios de seguridad, costo-efectividad, adherencia a normas éticas y aceptabilidad social.

d) La generación de recursos para subsidiar en parte el “Paquete de Beneficios de Atención Especializada” dirigido a la población en “Pobreza de Patrimonio” y a sectores de la clase media sin seguridad social.

e) La sustentabilidad económica de: las intervenciones de Salud Pública, Rectoría, Regulación Sanitaria, Investigación y Desarrollo Tecnológico, Formación y Capacitación, Servicios de Salud a la Comunidad, Protección contra Gastos Catastróficos y demás servicios de salud, no personales, que incluyan los Bienes Públicos en Salud.

f) El incremento y diversificación de las fuentes de financiamiento de las instituciones de la seguridad social.

g) Permitir que los activos institucionales se conviertan en fuentes generadoras de ingreso.

3. Establecer un marco regulatorio para dar respuesta al incremento en las demandas legales a médicos de instituciones públicas sobre mala práctica, previendo fondos para participar en un reaseguro contra malas prácticas.

4. Desarrollar fórmulas explícitas de asignación de recursos que superen la presupuestación inercial y corrijan, en el margen, las ineficiencias históricas en la asignación de presupuesto hacia la oferta.

5. Desarrollar fórmulas capitadas que permitan que el dinero “siga al paciente” y se transite hacia un pago por resultados, acuerdos de gestión y contratos con proveedores. Subsidios a la Demanda.

6. Instrumentar nuevos esquemas de aseguramiento en otras instituciones de seguridad social, que faciliten la incorporación a sistemas pre-pagados tipo el Seguro de Salud para la Familia del IMSS.

7. Generar un nuevo marco regulatorio para incorporar el co-pago del derechohabiente por amenidades en los servicios públicos como cuarto privado, así como el pago complementario a proveedores privados certificados.

II. *Separación de Funciones*

8. Separar orgánica y funcionalmente las funciones de aseguramiento, financiamiento y provisión, a través de instrumentar reformas corporativas para que cada institución comience a operar bajo la lógica estricta de una aseguradora en salud que cuente con los contrapesos institucionales y la rendición de cuentas a nivel agregado, estatal, regional y local.

9. Transitar en la canalización de recursos del presupuesto histórico inercial al establecimiento de “Acuerdos de Gestión”, contratos y convenios entre instancias financiadoras e instancias proveedoras de servicios.

10. Instrumentar sistemas de costos que permitan conocer el promedio, por intervención, de cada uno de los proveedores de servicios de salud, bajo una metodología única para todas las instituciones que incluya la clasificación del producto hospitalario y el desarrollo de la contabilidad hacia centros de costos que capten toda erogación en forma sistematizada.

11. Desarrollar el sistema de información que alimente un banco de datos sobre efectividad de las intervenciones y resulte de la acumulación e integración de conocimientos de diversas instancias de investigación, garantizando que uno de los resultados de toda investigación aplicada, tanto clínica como de salud pública, sea la introducción del logro científico-técnico y aporte la información sobre efectividad al sistema de información correspondiente.

12. Desarrollar instancias e instrumentos de medición que permitan la competencia administrada entre proveedores de servicios acreditados.

13. Garantizar el desarrollo de la mezcla pública y privada tanto en el financiamiento como en la prestación de servicios.

III. *Reestructuración Corporativa*

14. Instrumentar una reestructuración corporativa, para que las acciones de reforma acordadas para el establecimiento de un Sistema Único de Salud se desarrollen en máxima eficiencia, evitando: la duplicación de funciones, la incongruencia entre atribución y estructura para cumplirla, el vacío de instrumentos científicos para evaluar costos y efectividad, así como todas las transformaciones para que las instituciones operen bajo una lógica estricta de aseguradoras en salud.

15. Desarrollar acciones a fin de lograr el adelgazamiento de las estructuras corporativas y administrativas.

16. Generar contrapesos institucionales a fin de conducir a las instituciones a la eficiencia y garantizar un proceso de rendición de cuentas en cascada, que vaya desde el usuario hasta la máxima autoridad, tanto en términos económico-financieros como en materia de salud.

17. Establecer un manejo gerencial del “Pool de Riesgos” en donde se consigne información sobre las necesidades de salud, los costos de las intervenciones y la efectividad de los procesos para dar sustento científico a los paquetes de beneficios por grupo etareo.

18. Replantear la política de Recursos Humanos a fin de promover la valorización del capital humano por medio de una nueva estructuración del escalafón, la incorporación de incentivos al desempeño y una mayor flexibilización para el manejo de la plantilla de personal a nivel local.

19. Establecer un nuevo marco regulatorio a fin de que activos institucionales, tales como infraestructura, equipo y personal puedan convertirse en fuentes generadoras de ingreso a nivel local y que generen fondos para mejorar las percepciones de los trabajadores, así como para el mejoramiento de la capacidad de respuesta.

20. Fortalecer a los hospitales con personal técnicamente capacitado para responder ante demandas de mala práctica clínica.

IV. Fortalecimiento de Bienes Públicos en Salud

21. Estructurar un nuevo marco normativo para fortalecer los avances en materia de salubridad general, sobre todo para atacar el rezago en el acceso a agua potable, drenaje y manejo de desechos.

22. Apoyar las acciones de salud pública prioritarias.

23. Homologar los sistemas de información de las instituciones de salud, aprovechando las innovaciones institucionales recientes.

24. Replantear el apoyo a actividades científico tecnológicas, a partir de promover el desarrollo de la “investigación por misión” que detecte prioridades nacionales o locales, integre grupos de investigación sobre un problema común, articule propuestas y canalice fondos para la introducción de los resultados científico técnicos.

25. Apoyar la formación y capacitación de recursos humanos para la salud.

26. Desarrollar las acciones de regulación sanitaria sobre alimentos, bebidas, medicamentos e insumos para la salud que propicien un entorno saludable.

27. Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica y los programas instrumentados ante contingencias y desastres.

V. Atención Primaria a la Salud

28. Garantizar que la “Atención Primaria a la Salud” sea la plataforma o columna vertebral del sistema de salud, en donde todo mexicano esté cubierto, de manera nominal, por un médico de familia elegido por el asegurado.

29. Desarrollar una metodología uniforme para la detección de necesidades de atención a la salud por grupo etareo y género a nivel local, municipal, estatal y nacional.

30. Establecer diferentes “Paquetes de Beneficios de Atención Primaria a la Salud por Grupo Etareo”.

31. Desarrollar el marco normativo para la libre transportabilidad de la medicina de familia entre proveedores y aseguradoras.

32. Diseñar e instrumentar nuevas formas de remuneración al personal de medicina de familia que incluyan pagos por capitación, ajustados por edad y sexo que integren incentivos a la productividad y calidad de la atención.

33. Diseñar e instrumentar la estrategia de libre elegibilidad del médico de familia por el asegurado.

34. Establecer el marco normativo para operar un proceso de rendición de cuentas a nivel nominal, por centro de salud o unidad de medicina familiar, localidad, municipio, estado y nacional.

VI. *Atención Especializada*

35. Impulsar acciones para el desarrollo del “Plan de Negocios del Hospital” en donde se incluya tanto el diagnóstico clínico y económico del hospital como las medidas a instrumentar para mejorar su eficiencia y efectividad

36. Desarrollar el marco normativo, a fin de avanzar en la flexibilización y desregulación de los hospitales, para incrementar significativamente su desconcentración administrativa y darles una mayor autonomía de gestión.

37. Desarrollar la figura de “Médico Responsable de Paciente”, así como el marco normativo que le otorgue suficientes atribuciones para integrar equipos, asumir responsabilidades integrales sobre los resultados de los procesos de atención médica y posibilite el diseño de incentivos al desempeño que promuevan las buenas prácticas.

38. Diseñar y operar un sistema de incentivos para el Médico Responsable de Paciente y su equipo de trabajo en los hospitales, con la inclusión de pagos capitados.

39. Desarrollar un sistema de control que mejore la eficiencia del manejo de: a) el receptor médico, b) el formato de incapacidades, c) el formato sobre auxiliares de diagnóstico y tratamiento y d) el formato de referencia hacia otros niveles de atención.

40. Evaluar la experiencia de las UMAES del IMSS y analizar la pertinencia de su generalización en hospitales especializados de otras instituciones aseguradoras.

VII. *Formas de Remuneración*

41. Reestructurar integralmente la forma de remuneración del trabajador, transitando del pago salarial, como forma exclusiva de pago, a su complementariedad, a partir de incentivos económicos por cumplimiento destacado que se sumen al salario.

42. Diseñar, probar a nivel piloto y generalizar nuevas formas de contratación de recursos a través de pagos por capitación ajustados por edad, sexo y tipo de servicio.

43. Evaluar la subrogación de servicios de salud con fundamento en estándares clínicos, costos promedio y efectividad de los servicios subrogados.

44. Establecer el marco regulatorio y los instrumentos para el tránsito hacia una forma de asignación de recursos por contratos o acuerdos de gestión.

VIII. *Calidad de la Atención*

45. Establecer el marco regulatorio, así como la estructura orgánico funcional para establecer “Guías de Práctica Clínica” elaboradas por grupos de excelencia, certificados en la práctica clínica.

46. Establecer el marco regulatorio para la instrumentación de la auditoría médica.
47. Desarrollar instancias, en las organizaciones, a fin de evaluar sistemáticamente la incorporación de la tecnología y el funcionamiento óptimo del inventario funcional de recursos.
48. Desarrollar sistemas de información sobre calidad de la atención que se tomen en cuenta para el establecimiento de acuerdos de gestión, convenios o contratos.
49. Incorporar al menos a un ingeniero biomédico en los hospitales para garantizar el funcionamiento del equipo médico relevante.
50. Desarrollar un sistema de encuestas rápidas de percepción de la calidad de la atención, acorde a cada servicio y tema prioritario.
51. Desarrollar programas de mejora continua de la calidad de la atención;

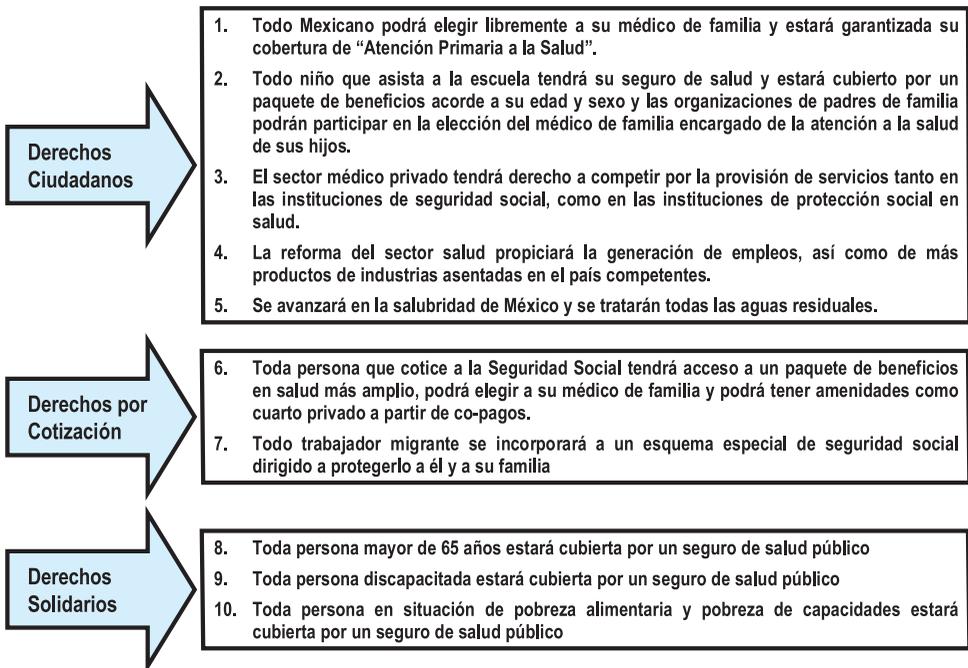
IX. *Convergencia*

52. Establecer una estrategia para la acumulación de conocimientos, la transferencia sistemática del nuevo *Know how* hacia otros ambientes de trabajo, bajo un sistema de incentivos económicos a la innovación de procesos, eficiencia y transferencia.
53. Desarrollar una estrategia a fin de que converjan las agendas de reforma de las instituciones de seguridad social y las agendas de reforma de las instituciones de protección social en salud.
54. Garantizar la homologación del paquete de beneficios de la Atención Primaria a la Salud en todas las regiones del país, para que se convierta en la plataforma del nuevo sistema único de salud.
55. Instrumentar programas específicos a fin de lograr la convergencia regional en los indicadores de salud.
56. Desarrollar sistemas de información geo-referenciados que fundamenten la canalización adicional de recursos.
57. Establecer el diagnóstico sobre las instituciones de seguridad social en los estados de la República Mexicana, un modelo para su integración y convergencia hacia un sistema único de salud y un plan de acción correspondiente.

El programa de reforma propuesto implica un replanteamiento de muchas de las formas tradicionales de administrar y operar los servicios de salud, a su vez requiere de un cambio en la participación de los tres niveles de gobierno y 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 todo esto debe llegar a tener un significado simple para la población: ¿qué nuevas opciones tengo y qué beneficios adicionales he adquirido para mejorar mi nivel de salud?. (Cuadro 66)

Cuadro 66

El Significado de la Reforma en Salud en 10 Compromisos Exigibles



NOTAS

¹⁴⁰ CEPAL/IIIDH (Comisión Económica para América Latina y el Caribe / Instituto Interamericano de Derechos Humanos), "La igualdad de los modernos. Reflexiones acerca de la realización de los derechos económicos, sociales y culturales en América Latina", San José Costa Rica, 1997.

¹⁴¹ CEPAL, *op. cit.*, 2006, pág 15.

¹⁴² Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, CMMS, 2006.

¹⁴³ OCDE, 2006, *op. cit.*

¹⁴⁴ CEPAL, *op. cit.*, 2006, pág. 20.

V. Bibliografía

- “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.
- “Health, Economic Growth and Poverty”, *Reporte del grupo de trabajo 1 de la Comisión de Macroeconomía y Salud*, Organización Mundial de la Salud (OMS), 2002.
- “Juventud, Pobreza y Desarrollo en América Latina y el Caribe”, *XII Conferencia de Primeras Damas, Esposas y Representantes de los Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas*, del 15 al 17 de octubre de 2003, Santo Domingo, República Dominicana; Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL.
- “Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development”, Report of the Commission on Macroeconomics and Health, Chaired by Jeffrey D. Sachs, Presented to Gro Harlem Brundtland, Director-General of the World Health Organization, 20 December 2001, Genova.
- Banco de México, *Un Comparativo Internacional de la Recaudación Tributaria*, [en línea] Mayo 21, 2003.
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRD), *La Pobreza en México. Una Evaluación de las Condiciones, las Tendencias y la Estrategia del Gobierno*. Junio de 2004.
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRD), *World Development Indicators 2005*. Estados Unidos de América. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, 2005.
- Banco Mundial. *World Health Indicators 2004*, CD-ROM.
- Bulletin of the World Health Organization, “Contaminación del aire de locales cerrados en los países en desarrollo: un importante reto ambiental y de salud pública, 2000”; 78(9):1078–1092, www.who.org, fecha de consulta: 01/06/2004.
- Cárdenas C, Cruz C., “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*. Volumen 1, Número 1, México Abril 1996.
- Castellanos Gaytán C., *Salud Pública contra Seguros Privados*. [en línea] www.jornada.unam.mx consulta 27/04/2006.
- Central Government Finances, 2003, *World Development Indicators*. The data on central government finances are from the IMF’s Government Finance Statistics Yearbook, 2002 and IMF data files.
- Coello Levet, Carlo G., “Equidad en acceso a los servicios de salud en México”, Director: Mtro. Carlos Cruz Rivero, Universidad Iberoamericana Departamento de Economía, Julio de 2003.
- Colette M. Kinnon, ¿Un intercambio Saludable? Grupo Especial de la Organización Mundial de la Salud sobre Economía de la Salud, OMC-OMS, Diciembre, 1996.
- *Comisión Consultiva para la Modernización del Sistema de los Salarios Mínimos: estudios y ponencias*, Primera edición, Comisión Nacional de los Salarios Mínimos (CNSM), STYPS/CNSM, México, 2002. <http://www.conasami.gob.mx>.

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), “La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento y Solidaridad”. *Trigésimo primer período de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe* (CEPAL). Montevideo, Uruguay, marzo, 2006.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe / Instituto Interamericano de Derechos Humanos (CEPAL/IIDH), “La igualdad de los modernos. Reflexiones acerca de la realización de los derechos económicos, sociales y culturales en América Latina”, San José Costa Rica, 1997.
- Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud (CMMS), *Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud para el Desarrollo Económico*. México: CMMS, 2006.
- Comisión Nacional de los Salarios Mínimos (CONASAMI), *Salarios Mínimos Generales y por regiones* [en línea], www.sedesol.gob.mx/conasami, fecha de consulta: 18/mayo/2004.
- Comisión para la Cooperación Ambiental, *Prioridades en el Reforzamiento de la Capacidad, de Gestión Ambiental en México*, Comisión para la Cooperación Ambiental, Junio de 2001.
- Contandriopoulos A Cruz C, Kaddar M, Sikipa G, Solon O, Thomasson J, *et al.*, *Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services*. Report of a WHO Study Group, Organización Mundial de la Salud, Suiza. 1993.
- Cruz C, Álvarez F, Frenk J, Knaul F, Valdez C., Ramírez R., “El financiamiento de los servicios de Salud y las Cuentas Nacionales en Salud” FUNSALUD, México 1994.
- Cruz C, Faba G, Martusceli J., “La tecnología de la salud en México”, en *Salud Pública de México*, 34, México, 1992, pág.145-156.
- Cruz C, Lozano R, Querol V., “The impact of economic crisis and adjustment on health care in Mexico”. Innocenti Occasional Papers / Subserie Fiscal Pol. 13, 1-33 (1991).
- Cruz C, Luna G, Coello C. “Políticas Públicas Sectoriales e Intrasectoriales para Mejorar los Niveles de Salud en México”. México D.F. Universidad Iberoamericana Departamento de Economía-CONACYT. 2005.
- Cruz C, Luna G, Rivera R., “Equidad social y protección financiera en salud” en 25 años de Desarrollo Social en México Capítulo 3 (100 a 108 pág.), Estudios Económicos y Sociopolíticos. BANAMEX. México 2004.
- Cruz-Rivero C, Domínguez-Villarreal M., “Equidad en el cobro por servicios médicos hospitalarios: el caso de las cuotas de recuperación en la Secretaría de Salud” en *Salud Pública de México*; tomo 32, 1990, México, pág. 449-464.
- Cruz-Rivero C, Valdés Olmedo, “Diversidad Financiera para la prestación de servicios de salud” en *Salud Pública de México*; tomo 34 (suplemento), México, 1992, pág.105-116.
- Culyer A. J., Lavers R. J. y Williams A., *Social Indicators: Health, Social Trends*. Universidad de York, Londres, 1971.
- David de Ferranti, *et al.*, “Desigualdad en América Latina y el Caribe: ¿Ruptura con la Historia?” Edición de Conferencia. México 2003.
- Dávila, Enrique; Guijarro, Maite. “Evolución y reforma del sistema de salud en México. (Serie Financiamiento del Desarrollo, n. 91)”, *Proyecto Reformas a los Sistemas de Financiamiento de la Salud en América Latina y el Caribe*, LC/L., 1314-P Chile CEPAL, (2000).
- *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.
- Documento metodológico de la encuesta nacional de empleo urbano, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), México, 2003.

- Donald J. Robbins, Gender, *Human Capital And Growth: Evidence From Six Latin American Countries* [en línea], Technical Papers No. 151, OECD development center, September 1999, <http://www.oecd.org/dev/publication/tp1a.htm>.
- Enríquez Rubio E. Frati Munari a. González Pier E., *Hacia una política farmacéutica para México*, Secretaría de Salud (SSA), México. 2006.
- Falbo Rodrigo, Godoy Lucas, Monsalvo Mauricio, Montiel Leticia, Reale Armando, Ventura Gaciela, “El programa remediar en la política de salud: una estrategia en acción”, presentado para el *Premio Internacional de Investigación en Políticas de salud* “José Luis Bobadilla”, Argentina. Junio 2004.
- Frenk J, Lozano R, González Block, Ma, Cruz C., “Economía y Salud Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México”, Informe Técnico Final, FUNSALUD, 1994.
- García, R. Ricardo, “Experiencias en la medición del sector informal en México”, *Información y Análisis*, México, 2003, pág. 23:31.
- Global Public Goods for Health, *Reporte del grupo de trabajo 2 de la Comisión de Macroeconomía y Salud*, Organización Mundial de la Salud (OMS), 2002.
- González Pier E. González A., “Capítulo x Regulación Saludable del Sector Farmacéutico”, en *Competencia Económica en México. Comisión Federal de Competencia*, Editorial Porrúa, México. 2004.
- Guevara-Sanguinés Alejandro, “Pobreza y Medio Ambiente en México”, en *Teoría y Evaluación de una Teoría Pública*, México, 2003.
- Hernández P, Zurita B, Ramírez R, Álvarez F, Cruz C, “Las cuentas nacionales en salud”, en *Observatorio de la Salud*, Necesidades, Servicios, Políticas, Fundación Mexicana para la Salud, (Julio Frenk Editor), México, 1997.
- *Informe Anual 2004*. Organización Mundial del Comercio (OMC).
- *Informe de la Dirección General LXCIV*, Asamblea General Ordinaria. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Septiembre México 2005.
- *Informe de la Dirección General, XCII Asamblea General Ordinaria*, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), México, 26 de mayo de 2003.
- *Informe del Desarrollo Humano 2002*, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Estados Unidos de América, 2003.
- *Informe del Desarrollo Humano 2003*, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Estados Unidos de América, 2004.
- *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud*, Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra, Suiza, 2000.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), *Acuerdo de la Junta Directiva por el que se aprueban las reformas, adiciones y derogaciones a diversas disposiciones del Estatuto Orgánico del ISSSTE*, *Diario Oficial*, 30 de julio de 2002, México.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), *El ISSSTE, su Entorno, Situación Financiera y Perspectiva*, ISSSTE Subdirección General de Finanzas. México 2005.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), *El Sistema de Información como Soporte a la Toma de Decisiones en el ISSSTE*, Subdirección General de Finanzas, México. 2005.

- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), *El Sistema de Planeación Estratégica Participativa del ISSSTE*, Subdirección General de Finanzas, México, 2005.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), *Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*, Subdirección General Jurídica, Subdirección de lo Consultivo, ISSSTE, México, 2003.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), *Encuesta Nacional de Empleo Urbano* (Abril 2004) [en línea], www.inegi.gob.mx, fecha de consulta: 22/mayo/2004.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), *Guía de conceptos, uso e interpretación de la estadística sobre fuerza la laboral en México*, México, 2002.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) 2006, *Estadísticas por Tema: Sector Externo* [en línea]. www.inegi.gob.mx, fecha de consulta 21 de abril de 2006.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), *Cuentas por Sectores Institucionales-Cuenta satélite del subsector informal de los hogares 1998-2003* [en línea], www.inegi.gob.mx. 15/04/06.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), *Censo Económicos 2004. "El quehacer económico en números"* [en línea], México, julio 2005, consulta www.inegi.gob.mx, 24 de abril de 2006.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), *Encuesta Nacional de Empleo., STPS-INEGI, México, Población Ocupada en el Sector No Estructurado por Sexo y Grupos de Edad 1995-2004*, México, 2005.
- 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 gastos catastróficos de los hogares" en *Caleidoscopio de la Salud*, Knaul F, Nigenda G. Editores, Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), México, 2003.
- Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez O, "Protección financiera en salud: México, 1992-2004" en *Salud Pública de México*, 47; 2005, pág. 430-439.
- López Calva Luis Felipe, de la Torre García, Rodolfo, *et. al.*, *Informe Sobre Desarrollo Humano México 2002*, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Mundi-Prensa, México, S.A. de C.V., México, D.F, 2003.
- Madueño, Miguel, *Perú: Estudio de demanda de servicios de salud* (Documento 1), Socios para la reforma del sector salud / Abt Associates, Inc., mayo 2002, Perú.
- Martín J. "El Estado de Salud en México", Capítulo 10, en *Políticas Públicas para un Mejor Desempeño Económico. Experiencias del Mundo para el Desarrollo, México 10 Años en la OCDE*, OCDE. México. 2006.
- Martinic, Sergio, "La construcción social de las reformas educativas y de salud en América Latina", en *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, núm. 18 (10: 2000), Caracas, Venezuela.
- *Medición del Desarrollo: México 2000-2002*, Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), México, 2003.
- Michaud C. Trejo J, Cruz C, Pearson T., "Rheumatic Heart Disease" del libro *Disease Control Priorities in Developing Countries* (Jamison, Mosley, Measham y Bobadilla Eds.), New York Oxford University Press-World Bank, (1993).
- Murray C.J.L., y Frenk J., "Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño. Protección financiera", *Dirección General de Evaluación del Desempeño*, 2000.

- Murray C.J.L., Frenk J, “Un Marco para Evaluar el Desempeño de los Sistemas de Salud”, en *Boletín de la OMS*, Suiza, 2000, World Health Organization.
- National Geographic, “Agua la crisis del siglo XXI”, en *National Geographic en Español*, México, 2006.
- National Health Services (NHS), *Reforming NHS Financial Flows Cheshire and Merseyside Strategic Health Authority*, StHA/2002-3/54, Reino Unido, 2002.
- National Health Services (NHS), *Reforming NHS Financial Flows-Introducing Payments by Results*, Department of Health, Reino Unido. 2002.
- National Health Services, *The National Institute for Clinical Excellence NICE*, Reino Unido, 1999.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Tendencias Mundiales del Empleo* (Enero 2004), Oficina Internacional de Trabajo, OIT, 1° edición, Ginebra, Suiza, 2004.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), “Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development”, en *Report of the Commission on Macroeconomics and Health*, Ginebra, Suiza, World Health Organization (WHO), 2001.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Health, Economic Growth and Poverty Reduction*, Report of Working Group I of the Commission on Macroeconomics and Health, OMS, Suiza, Abril 2002.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, OMM, PNUMA), *Cambio climático y salud humana-Riesgos y respuestas*, OMS, 2003.
- Organización Mundial del Comercio/Organización Mundial de la Salud (OMC/OMS), *Los Acuerdos de la OMS y la Salud Pública*, Resumen Ejecutivo, 2002.
- Organización Panamericana de la Salud, *Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR)*, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP), Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud*, México, OCDE, México, 2005.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), *Panorama Educativo: Indicadores de la OCDE*, edición 2003, OCDE, Versión 2003 (resumen).
- Palomar-Lever J, “La influencia de los factores psicológicos en la movilidad social”, en *Comercio Exterior*, volumen 56, 2006, pág. 89-104.
- *Programa Institucional del ISSSTE 2001-2006*, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), México, 2001.
- *Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006*, Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), primera edición, 2001, dirección: www.sedesol.gob.mx, fecha de consulta: 12 de junio de 2003.
- *Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006, Superación de la pobreza: una tarea Contigo*, Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), 1° edición, México, D.F., 2001.
- *Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006*, Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), México, 2001.
- *Programa Nacional de Educación 2001-2006*, Secretaría de Educación Pública (SEP), 1° edición, México, D. F., septiembre de 2001.
- *Programa Nacional de Medio Ambiente y Recursos Naturales 2001-2006*, Secretaría de Medio Ambiente, Recursos Naturales y Pesca (SEMARNAT), México 2001.
- *Programa Nacional de Política Laboral*, Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STYPS), México, 2001

- *Programa Nacional de Salud 2001-2006, La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*, Secretaría de Salud (SSA), México 2000.
- *Programa Nacional de Turismo 2001-2006. El turismo: la fuerza que nos une*, Secretaría de Turismo.
- Propuesta de Reforma Fiscal, Documento presentado al Diputado Juan de Dios Castro Lozano, Presidente de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Poder Ejecutivo, Presidencia, México, 2004.
- Rodríguez Díaz, Miguel Angel. “Opciones para la Optimización de la Asignación Presupuestal al Sector Salud”, Instituto Tecnológico Autónomo de México, Departamento de Economía, 2003.
- 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*, 2004, México.
- Ruiz de Chávez M, Jiménez Aguado R, Márquez Laposse M, Alleyne AO G., “Salud y Turismo”, en *Salud Pública de México*, volumen 36, 1994, pág. 61-69.
- Ruzicka, L. and P. Kane. 1990, “Health transitions: The course of morbidity and mortality”, in J. C. Caldwell *et al.* (eds.), *What We Know About Health Transition: The Cultural, Social and Behavioural Determinants of Health*. Canberra: Health Transition Centre, Australian National University.
- Sabino C., *Diccionario de Economía y Finanzas*, Ed. Panapo, Venezuela, 1991.
- Sachs J. “Improving Health Outcomes of the Poor”, *Commission on Macroeconomics and Health*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2002.
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), *Comité Técnico para la Medición de la Pobreza. Medición de la Pobreza: Variantes Metodológicas y Estimación Preliminar* [en línea], Secretaría de Desarrollo Social, Serie Documentos de Investigación 1, ISBN: 968-838-476-3, julio de 2002, dirección: www.sedesol.gob.mx , fecha de consulta: 17 de julio de 2003.
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), *Medición del Desarrollo México 2000-2002, Secretaría de Desarrollo Social*, México, D.F., 23 de Junio 2003.
- Secretaría de Educación Pública (SEP), *Estadísticas Educativas del Ciclo Escolar 2002-2003*, SEP, México, 2003.
- Secretaría de Educación Pública (SEP), *Sistema Educativo de los Estados Unidos Mexicanos, principales cifras, ciclo escolar 2002-2003*, Dirección General de Planeación, Programación y Presupuesto de la Secretaría de Educación Pública, 1ª. edición, México, D. F., julio de 2003.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), *Plan Nacional de Financiamiento del Desarrollo 2002-2006*, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, México, 2002.
- Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT), *El Medio Ambiente en México 2002*, Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales, México, 2003.
- Secretaría de Salud (SSA), *Boletín de Información Estadística No. 23. Volumen IV*. SSA. Dirección General de Información en Salud, México 2003.
- Secretaría de Salud (SSA), *Catálogo de Beneficios Médicos* (CABEME), Secretaría de Salud, 1º Edición 2002, México, D.F.
- Secretaría de Salud (SSA), *Salud México 2003. Información para la Rendición de Cuentas*, México, 2004.
- Sen A.K., *Bienestar, Justicia y Mercado*, Paidós ICE/UAB, Barcelona, Buenos Aires, México, 1997.

- Sveinbjörn Blöndal, Simon Field and Nathalie Girouard, *Investment In Human Capital Through Post-Compulsory Education And Training: Selected Efficiency And Equity Aspects Economics Department*, Working Paper No. 333, OECD, 2002.
- *Tercer Informe de Gobierno, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)*, Coordinación General del Programa IMSS-Oportunidades, Julio 2002-Junio 2003, México, 2003.
- *Tercer Informe de Labores*, Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STyPS), 1° edición, México, D. F., 1 de septiembre de 2003.
- Vázquez Sesma, Merino Juárez S., Martínez M., M. F., R., *Hogares con Gastos Catastróficos por Motivos de Salud*, Coordinación General de Planeación Estratégica, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud, México, 2000.
- Vivas-Andrade F., *Documento de Trabajo sobre Quejas y Demandas Legales a Médicos en el Hospital General Ignacio Zaragoza*, ISSSTE, México, 2006.
- World Health Organization (WHO), *Macroeconomic Environment and Health. With case studies for countries in greatest need*, Ginebra, Suiza, World Health Organization (WHO), 1993.
- World Health Organization (WHO), *Water for Health: Taking Charge*, World Health Organization, Genova, 2001.

Hacia un sistema único de salud

una propuesta no autorizada

Se terminó de imprimir en los talleres de
Formas e imágenes, S. A. de C. V. en el mes de junio de 2006.
Se utilizó papel Bond de 90 gramos para los interiores
y Multiart de 300 gramos para los forros.
El tiro consta de 1,000 ejemplares.