

Nuevos Documentos de Trabajo

Departamento de Economía
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México

Políticas Públicas Sectoriales e Intersectoriales para Mejorar los
Niveles de Salud:
El Financiamiento Público, las Políticas Intersectoriales y la Salud.

Mtro. Carlos Cruz Rivero
Lic. Carlo G. Coello Levet
Mtra. Gabriela A. Luna Ruiz
Mtro. Omar Stabridis Arana
Mtra. Cristina Mexicano



**UNIVERSIDAD
IBEROAMERICANA**
CIUDAD DE MÉXICO

Resumen.

En el presente estudio se exponen las características fundamentales del entorno bajo el que se desarrolló la Reforma del Sector Salud en México, a partir de la exposición de las características socioeconómicas primordiales del país.

Se efectúa un análisis comparativo para 12 países seleccionados, lo que permite contar con indicadores de desempeño adecuados y encontrar lecciones a seguir de las experiencias internacionales, así como, parámetros básicos para evaluar los indicadores agregados de financiamiento, en el Sistema Nacional de Salud en México.

Finalmente se puntualizan una serie de "**Líneas de Acción Política**" para promover y facilitar la alineación de las diversas políticas de los distintos sectores de la economía mexicana con la política del sector salud, todo esto con la finalidad de crear la posibilidad de alcanzar un estado de salud óptimo en la población; bajo el nuevo paradigma de aseguramiento en salud.

Palabras Clave: salud, financiamiento, políticas públicas sectoriales, México.

Clasificación JEL:

Abstract.

This paper reviews the importance of the consecution of an adequate health status in the Mexican economy. For this, the analysis of the fundamental socioeconomic characteristics of Mexico are essential, in order to understand the surroundings under which the Health Sector has been restructured.

Consequently, a comparative analysis for 12 selected countries is exposed, which allows to count on indicators of performance suitable and to find from the international experiences lessons to follow, as well as basic parameters to evaluate financing aggregate indicators, in the National Health System in Mexico.

Finally, in the third section of the present study a series of "**Public Policy Lines**" is emphasized, in order to promote and to facilitate the alignment of the diverse public policies of the different sectors in the Mexican economy, with the policy of the health sector, to create the possibility of reaching an optimal state of health in the population; under the new paradigm of securing in health.

Key Words: health, financing, public policy , Mexico.

Classification JEL:

1. Introducción.

La posibilidad de alcanzar un estado de salud óptimo en la población, está determinado por múltiples factores que no están necesariamente bajo la jurisdicción directa del Sector Salud, ya que existen sinergias positivas y negativas entre el sector salud y los distintos sectores de la estructura socio económica que afectan a los determinantes de la salud y que requieren de una revisión sistematizada para emitir recomendaciones de política encaminadas a la valorización de la salud del capital humano.

Esto induce la idea, de que la política de salud, la política social y la política económica no deben marchar por separado; y que una alineación entre las acciones que se realizan en los distintos sectores de la política pública podrían generar sinergias positivas, de forma que un nivel de salud óptimo, se convierta para todos los ámbitos en premisa, vehículo y producto de un mejor desempeño de la economía en general.

Por tanto, la comprensión de la relación multidimensional que existe entre el sector salud y otros sectores clave de la economía, puede delinear la estructura que el agente colectivo sigue en las decisiones de política pública que impactan directa o indirectamente el acervo de salud de la población y por ende las posibilidades de crecimiento y desarrollo de la economía en conjunto.

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

Así las distintas políticas que se implementan en los sectores estratégicos del sector público al marchar con un objetivo en común, podrían generar en primera instancia una mejoría en el bienestar de la población por el simple hecho de gozar de un mejor nivel de salud; en segunda instancia, una cultura de inversión continua en el acervo de salud conseguido en la primera etapa y; en tercera instancia, se podría pensar en un círculo virtuoso, en el que el capital humano de la economía fuera apto para cualquier actividad productiva o de aprendizaje, lo que a su vez generaría que la economía se ubicara en posibilidades de enfrentar exitosamente un mayor desarrollo y crecimiento, lo que ocasionaría un mayor bienestar y un acervo de salud en la población sustentable, sostenible y en sintonía con el entorno; en donde se reiniciaría el círculo virtuoso, generándose un efecto de alta externalidad positiva para la economía a partir de un estado de salud óptimo en la población.

El presente documento es un estudio en el que se resumen los principales argumentos cotejados en cuánto a:

1. Las cuatro características socioeconómicas fundamentales del país: ser una economía grande, con la mitad de la población viviendo en condiciones de pobreza, gran desigualdad y poca capacidad económica-financiera para que el Estado fundee una política social que distribuya al ingreso.
2. La ubicación a nivel internacional del desempeño del Sistema Nacional de Salud
3. La problemática general del financiamiento público del Sistema Nacional de Salud.
4. La relación que guarda el nivel de salud de la población, con las distintas políticas públicas sectoriales.

De esta forma, se hace un énfasis especial en cuáles son las sinergias positivas y negativas, entre la política de salud y el resto de la política pública en México; cuáles son los costos y beneficios de su aprovechamiento o desperdicio; para finalizar con la emisión de líneas de acción y recomendaciones de política con la finalidad de aclarar las posibilidades de conseguir una retroalimentación del círculo virtuoso, que se puede conformar entre las distintas líneas de acción que el agente colectivo soporta en diferentes ámbitos, asociando la consecución de estas metas a un acervo de salud adecuado y en continua mejora.

Por tanto, el principal objetivo del presente es brindar un panorama en cuánto a las necesidades y los retos de los distintos sectores de la economía mexicana en términos de las posibles ventajas, desventajas, costos y beneficios que esta interacción generaría, siempre en referencia al estado de salud que se requiere para conseguir un destape de la productividad, eficiencia, crecimiento y desarrollo económico sustentable y vigoroso de la economía mexicana.

2. El Contexto Económico y Social del Sistema de Salud en México.

El análisis que requieren las políticas sociales encaminadas a mejorar la salud de los mexicanos, debe partir de contextualizar el marco económico que presenta el país; en donde se destacan los siguientes 3 temas centrales: a) el ingreso económico y el desarrollo humano, b) la pobreza y la desigualdad; y c) la capacidad económica del Estado para generar una política social.

2.1 El Ingreso Económico y el Desarrollo Humano en México.

México es un país grande, que cuenta con más de 100 millones de habitantes, que habitan en la 10^o economía del mundo, con un ingreso nacional bruto per cápita cercano a los 9,000 dólares anuales¹. Sin embargo, este ingreso representa para México el lugar 80 a nivel internacional; observándose de este modo pocas oportunidades para el adecuado desarrollo del capital humano de la economía, a través de un lugar 53 a nivel internacional respecto al "Índice de Desarrollo Humano", dentro del cual se integran elementos relativos a la educación, la salud y el ingreso.²

Cuadro 1
 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.

2.2 La pobreza y la desigualdad en México.

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 no nos podemos conformar con que en 2004 cerca de 18 millones de mexicanos no

1 World Development Indicators 2005. Banco Mundial. Estados Unidos de América 2005.

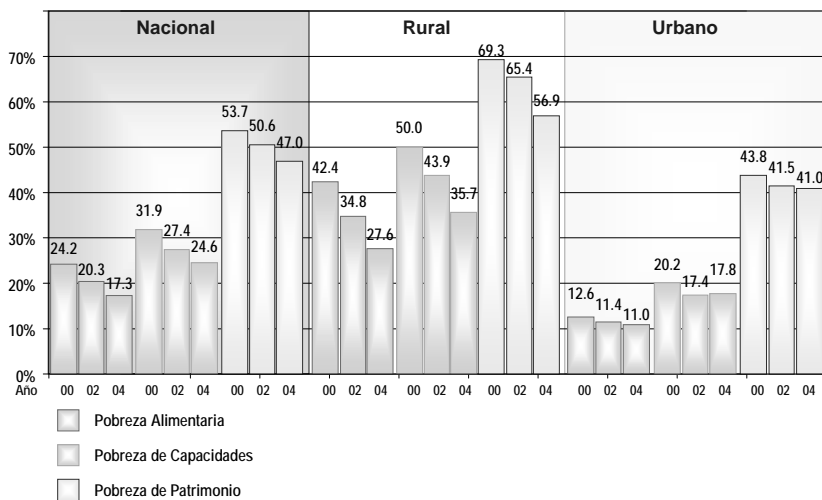
2 Informe del Desarrollo Humano 2003. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Estados Unidos de América 2004.

tenían ni para cubrir sus necesidades básicas de alimentación y subsistían bajo una “trampa” de pobreza.

En México la pobreza se ha tipificado en tres niveles.

- ❖ La “**Pobreza Alimentaria**”, que en el año de 2004 representaba al 17.3 % de la población en México, cuyos ingresos eran insuficientes para cubrir las necesidades de alimentación; equivalentes a \$15.40 por persona en el medio rural y \$20.90 por persona en el medio urbano (Pesos constantes del 2000).³
- ❖ La “**Pobreza de Capacidades**”, que el año de 2004 representaba al 24.6 % de la población en México, cuyos ingresos eran insuficientes 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).
- ❖ La “**Pobreza de Patrimonio**”, el año de 2004 el 47% de la población en México, cuyos ingresos eran insuficientes 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).

Figura 1
 Porcentaje de Personas Pobres en México 2000 - 2004



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

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.⁴

3 Cfr., Canasta de Consumo Alimentario INEGI - CEPAL

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

Aunado a la pobreza, la desigualdad ha caracterizado históricamente al país, observándose coeficientes de Gini superiores a 54.6⁵, en donde el 10% de la población más pobre recibe el 1% del ingreso mientras que el 10% más rico concentra el 43% del ingreso.

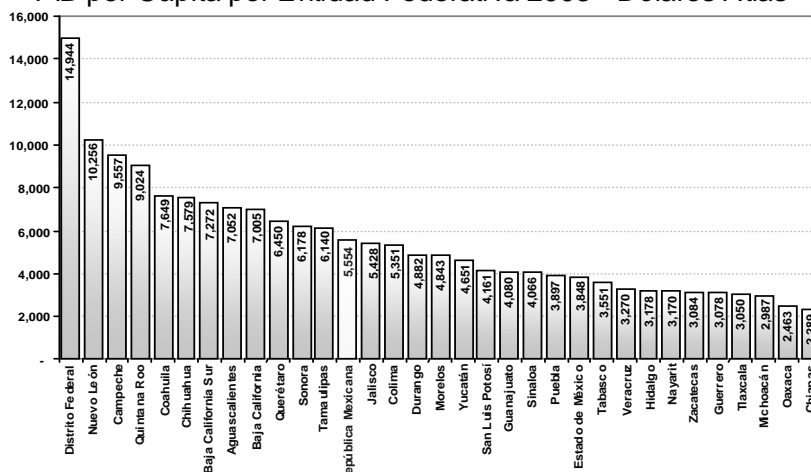
Cuadro 2
 Desigualdad Económica para Países Seleccionados

País	Coeficiente de Gini Diferentes Encuestas 1990 - 2003 **	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.

En el ámbito local, el Producto Interno Bruto per Cápita por entidad federativa en el año 2003, medido bajo el Método "Atlas", presentó grandes desigualdades; ya que el promedio Nacional fue de \$5,554 dólares al año; en el Distrito Federal fue de \$14,944 dólares, que era 6.5 veces más grande que el de Chiapas que fue de tan sólo \$2,289 dólares para dicho periodo.

Figura 2
 PIB per Cápita por Entidad Federativa 2003 - Dólares Atlas



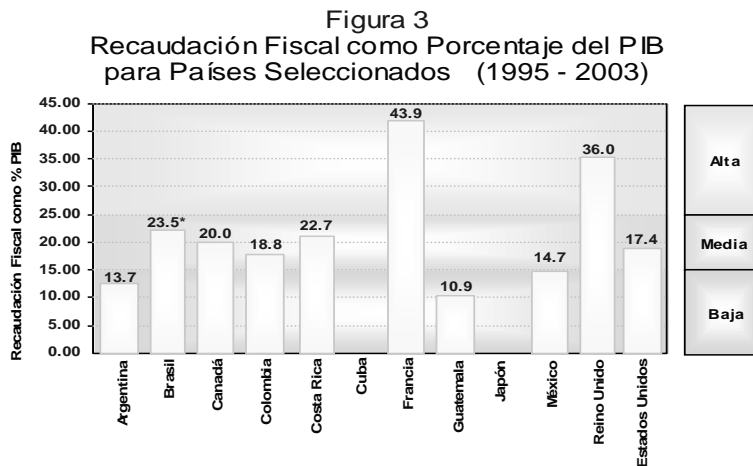
Fuentes: INEGI. Sistemas de Cuentas Nacionales de México. PIB por Entidad Federativa 1998 - 2003
 Cuadro 1. PIB en Miles de Pesos a Precios Corrientes en Valores Básicos 2003 (Tipo de Cambio 2003 \$10.7890)
 CONAPO. LA Situación Demográfica de México, 2003. Cuadro 1 Población

5 The World Bank. Op Cit. (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.)

Esto ocasiona que amplios sectores de la población vean disminuidas sus posibilidades de progresar y romper la trampa de la pobreza que los ha mantenido encadenados en la miseria. Por tanto, "PIB per Cápita", es el componente más rezagado de los componentes que miden el bienestar y desarrollo humano, esto solamente se podrá corregir en la medida en que se genere una política de empleo, desarrollo económico y una Política Social en el país, dentro de la cual se enmarque la Política de Salud, de modo que se permita formular una adecuada redistribución del ingreso para sacar a grandes sectores del país de la miseria y la marginación.

2.3 La capacidad económica del Estado para generar una política social.

El combate a la pobreza y la desigualdad se agrava para México, si se observa que se recauda cerca de 15% del PIB⁶ para fundear una Política Social con grandes necesidades. Esto conduce a que cuando el país requiere canalizar recursos públicos hacia salud, educación, infraestructura, medio ambiente, impartición de justicia, etc., sin embargo ante el fenómeno de la escasez, llega un momento en que no se puede aumentar la asignación de recursos, sin restarle a otro sector prioritario una parte.



Fuente: World Development Indicators 2005. Banco Mundial. Estados Unidos, 2005. (Período 1995 - 2003)
 * En el caso de Brasil los datos de Recaudación disponibles son a 1995

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 efficientar el gasto por otra, se vuelve el tema central de la Administración Pública, esto torna al Sistema Nacional de Salud en una de las piezas estratégicas para detonar el desarrollo socioeconómico; ya sea por la valorización del capital humano; como por la contribución del sector salud como un bien económico que genere sinergias positivas hacia los otros sectores de la Economía.

⁶ 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.

3. Comparación Internacional sobre los Sistemas de Salud.

Para sistematizar el análisis comparativo internacional se seleccionaron 12 países, incluido México. De éstos países se presentará información de 5 países desarrollados: Canadá, Francia, Japón, el Reino Unido y Estados Unidos de América. A su vez se escogieron 6 países de América Latina: Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba y Guatemala.

La evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud quedó de manifiesto para México a partir de seis indicadores estratégicos que a continuación se presentan:⁷

Cuadro 3
Indicadores para Medir el Desempeño de Sistemas de Salud
para Países Seleccionados / 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 del Sistema en Relación con EVISAS			
	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.

3.1 Justicia y Equidad en la Contribución Financiera.

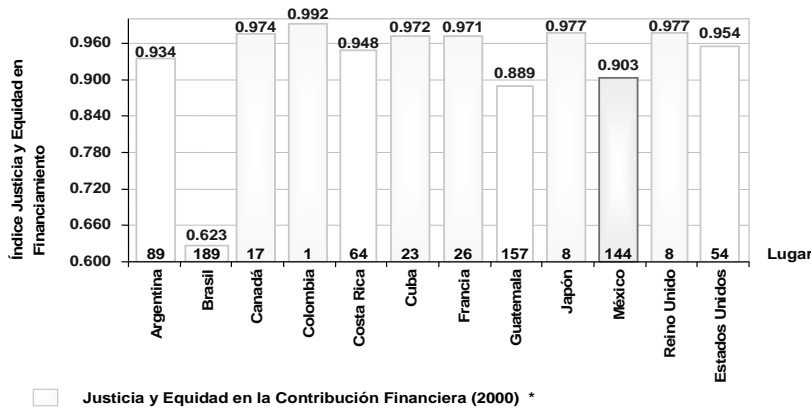
“La medición del logro en la equidad de la contribución financiera comienza con el concepto de la contribución de un hogar al financiamiento del sistema de salud, la cual se define como la razón entre el gasto sanitario total del hogar y sus ingresos permanentes por encima del nivel de subsistencia.... 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.”⁸

En este indicador México ocupó el lugar número 144 de entre 191 países. Se observa que de los 6 indicadores estratégicos estudiados en el Cuadro 3, es en éste en donde el país presenta el mayor rezago. Dicho de otro modo: el problema de la equidad en el financiamiento es la condición más grave que enfrentaba el Sistema Nacional de Salud a principios del milenio.

⁷ Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud. Organización Mundial de la Salud 2000 Ginebra, Suiza.

⁸ IBID. Pag. 172.

Figura 4
 Justicia y Equidad en la Contribución Financiera *
 para Países Seleccionados - (2000)



□ Justicia y Equidad en la Contribución Financiera (2000) *

* Equidad entre los que pagan y los que reciben los servicios

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

El análisis de la comparación internacional nos muestra que los países con la mayor equidad en la contribución financiera son aquellos que:

- ❖ Fondean sus servicios de salud mayoritariamente con financiamiento público.
- ❖ Otorgan una cierta participación menor al aseguramiento privado.
- ❖ Cuentan con múltiples proveedores que compiten entre ellos con base en calidad y costos.
- ❖ Presentan una reducción significativa del peso del pago del bolsillo como forma de financiamiento de los servicios de salud. ⁹

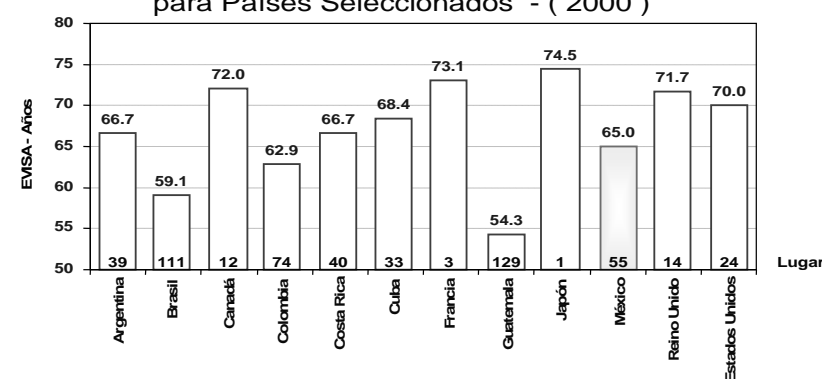
Por tanto, para poder aumentar significativamente el financiamiento público para la atención a la salud, el Estado Mexicano debe instrumentar una Reforma Fiscal, que destine más dinero para la salud, pero que a su vez logre volver eficiente el gasto y genere más salud por el dinero.

3.2 Esperanza de Vida Saludable – EVISA (*Esperanza de Vida Ajustada en Función de la Discapacidad – EVAD*).

Este indicador expresa “las ganancias en salud” o dicho de una manera simple: el tiempo previsto de vida que la población en promedio vivirá, gozando de una salud plena equivalente; es decir, el tiempo que se vivirá libre de cualquier grado de discapacidad. México ocupó el lugar número 55 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.

⁹ OCDE Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud – México, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. París, 2005

Figura 5
**Esperanza de Vida Saludable al Nacimiento EVISA *
 para Países Seleccionados - (2000)**



□ Esperanza de Vida Saludable al Nacimiento (2000) *

* Años de vida libres de enfermedad o discapacidad

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

Sin embargo al analizar el indicador por género, la "Esperanza de Vida al Nacer" para las mujeres en 1999 era de 77.1 años, mientras que su "Esperanza de Vida Saludable", era de tan sólo 67.6 años; lo que significó para las mujeres una pérdida por discapacidad de 9.5 años de vida.¹⁰ Para los hombres la "Esperanza de Vida al Nacer" en 1999 era de 71 años, mientras que su EVISA, era de sólo 62.4 años; lo que significó para los hombres una pérdida por discapacidad de 8.6 años de vida.¹¹ Finalmente la EVISA para los hombres de 60 años era de 14.7 años; y para las mujeres mayores de 60 años era de 16.8 años.

Por tanto, un sistema de salud no puede garantizar el logro de la máxima salud plena alcanzable para su población si no se estructura a partir de cinco elementos centrales, que son:

- ❖ Tener una cobertura universal de los servicios de salud.
- ❖ Considerar a la atención primaria o la medicina de familia como el eje rector del sistema de salud, en la que el paciente puede elegir a su médico de familia y éste debe rendir cuentas sobre la salud de la población que gestiona.
- ❖ Garantizar un paquete de beneficios costo efectivo por edad y sexo que incluya acciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación.
- ❖ Introducir elementos que den racionalidad económica al sistema de salud al conocer y monitorear, costos y efectividad, fomentando la competencia entre proveedores.
- ❖ Garantizar incentivos al desempeño, por productividad y calidad.¹²

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. *Op. Cit.*, Página 185 y 202 .

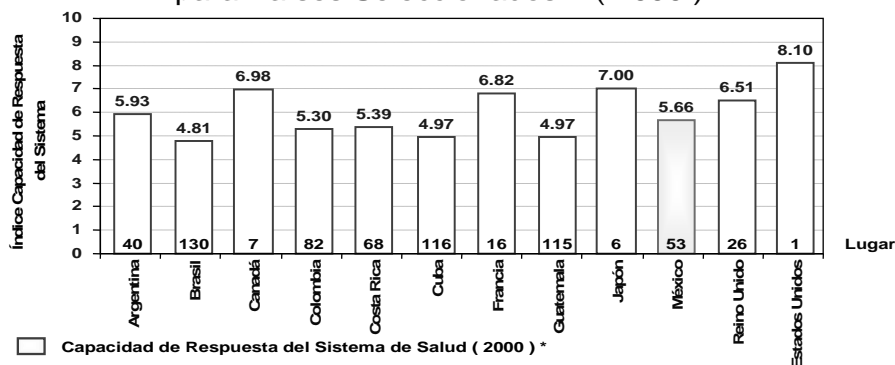
¹¹ *Ibid.* 185 y 202 pp.

¹² OCDE. *Op. Cit.*

3.3 Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud.

Este índice evalúa con una puntuación de 0 a 10, el desempeño del sistema de salud a partir de 7 elementos de capacidad de respuesta: 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; en “Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud” con un índice de 5.66 en una escala de 0 a 10. 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.¹³

Figura 6
 Capacidad de Respuesta del Sistema de Salud *
 para Países Seleccionados - (2000)



* Medida a través de 7 indicadores de desempeño: dignidad, autonomía y confidencialidad, oportunidad de la atención, calidad de las amenidades, acceso a redes de apoyo durante la atención, elegibilidad del prestador, orientación clínica

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

Es importante destacar que para mejorar su desempeño y la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud en México debe instrumentar acciones efectivas en los siete ámbitos evaluados.

Se observa que dentro de dichos ámbitos, tres elementos presentan rezagos considerables en el país que requieren abordarse de manera inmediata: 1) Oportunidad de la Atención, ya que no todo mexicano está cubierto de manera nominal por un médico de familia dadas las inconsistencias de las instituciones de salud en México entre “Población Derechohabiente / No derechohabiente” – “Población Legal” y “Usuarios”; 2) La elegibilidad del proveedor de la atención, ya que en México son muy débiles o casi inexistentes los mecanismos para que los pacientes elijan efectivamente a sus médicos, esta “elección” es extremadamente débil y demagógica si no se empodera al paciente al otorgarle poder económico a sus demandas, y se transforme dicho poder en beneficios e incentivos económicos que reconozcan el buen desempeño de los médicos elegidos y sus equipos clínicos; 3) La calidad de las amenidades, ya que en los hospitales públicos mexicanos se observa una gran inequidad y corrupción en el acceso a amenidades, de ahí la importancia de que en México se busque la forma de

13 Organización Mundial de la Salud. Op. Cit. . Página 208 - 209

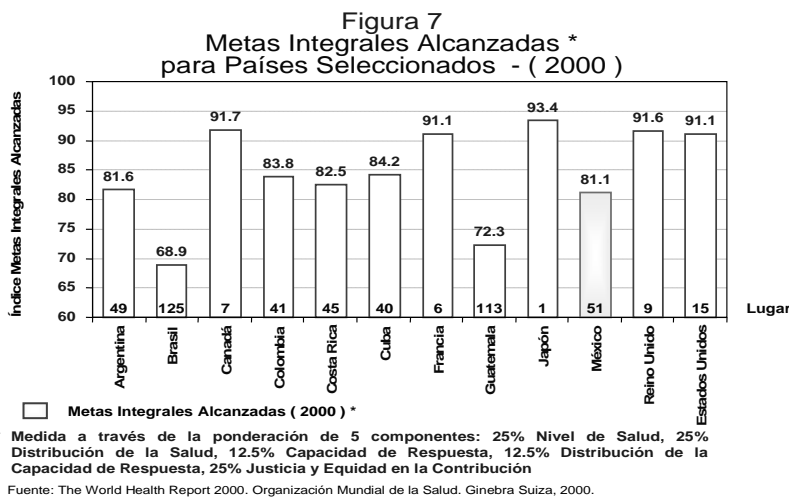
instrumentar los co pagos el acceso a infraestructura de atención a la salud, adecuada y racionalmente.

Finalmente, algunas características de organización gerencial que son compartidas por los sistemas de salud con amplia capacidad de respuesta son:

- ❖ Manejo gerencial del “Pool de Riesgos” determinando las necesidades de atención a la salud, actuando sobre los denominadores y fundamentando un paquete de beneficios en criterios explícitos de costo – efectividad.
- ❖ Manejo de estándares de calidad a partir del establecimiento de “Guías Diagnóstico Terapéuticas”.
- ❖ Establecer diagnósticos de salud y diagnósticos de capacidad de respuesta por microregión.
- ❖ Separar las funciones de Aseguramiento – Financiamiento – Provisión.
- ❖ Combinar subsidios a la oferta, con subsidios a la demanda que “empoderen” a los pacientes y premien económicamente el buen desempeño.
- ❖ Flexibilizar la oferta a partir del establecimiento de co pagos por amenidades y provisión.¹⁴

3.4 Metas Integrales Alcanzadas.

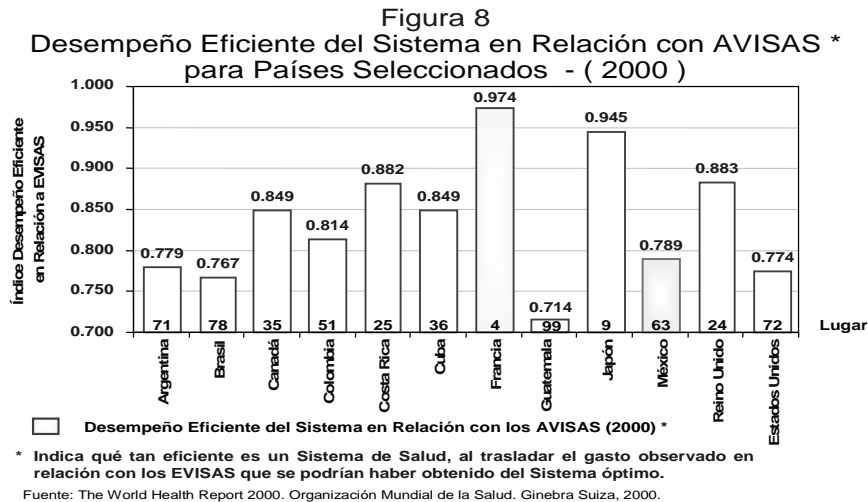
Este indicador, se construye a partir de la ponderación de 5 componentes: 25% Nivel de Salud, 25% Distribución de la Salud, 12.5% Capacidad de Respuesta, 12.5% Distribución de la Capacidad de Respuesta, 25% Justicia y Equidad en la Contribución. México ocupó el lugar número 51 de entre 191 países; en “Metas Integrales Alcanzadas o Logro Global del Sistema de Salud” con un índice de 81.1 en una escala de 0 a 100.



14 OCDE. Op. Cit. Pag. 158 -171

3.5 Desempeño Eficiente del Sistema en Relación a los EVISAS.

El quinto indicador muestra qué tan eficiente es un Sistema de Salud, al trasladar el gasto observado, en relación con los EVISAS que se podrían haber obtenido a partir de un Sistema más eficaz. 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.



El que el país ocupe el lugar 63 pone en evidencia que el Sistema Nacional de Salud presenta problemas en:

La eficiencia en la asignación: esto es que las actividades curativas son las que consumen un mayor presupuesto en relación con las actividades preventivas; asimismo, el problema de la "presupuestación inercial", es decir la asignación de presupuesto con base en el presupuesto ejercido el año anterior, ha generado que se perpetúen las asignaciones de presupuesto equivocadas, las unidades médicas no tienen un incentivo a ahorrar, pues si ahorran se les quita presupuesto futuro.

La eficiencia técnica de sus procesos: esto es que se observan problemas tanto a nivel clínico (i.e. mala prescripción de medicamentos), como de producción de servicios (i.e. obsolescencia del equipo) y gerencial (i.e. no contar con incentivos al desempeño).

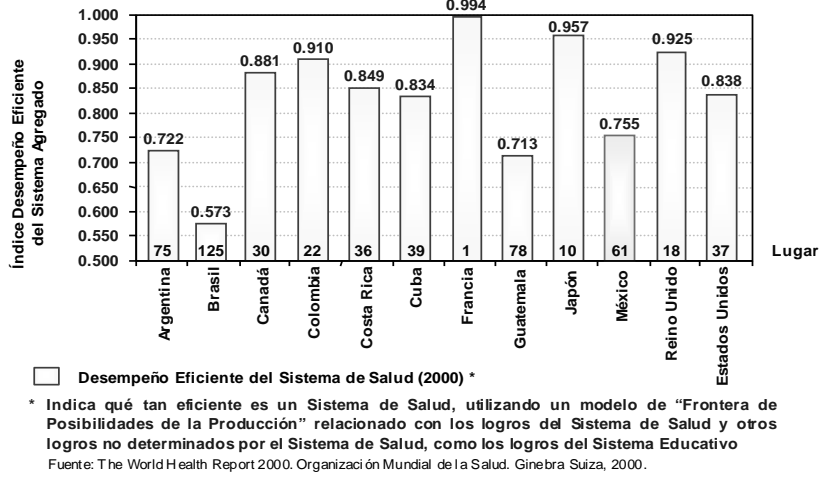
3.6 Desempeño Eficiente General del Sistema de Salud.

El sexto y último indicador indica qué tan eficiente es un Sistema de Salud, "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."¹⁵

¹⁵ Organización Mundial de la Salud. Op. Cit. pág. 174.

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.

Figura 9
 Desempeño Eficiente General del Sistema de Salud *
 para Países Seleccionados - (2000)



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

- ❖ El principal problema del Sistema de Salud Mexicano es el de la "Justicia y Equidad en la Contribución Financiera"; por lo que todo el esquema de financiamiento deberá replantearse.
- ❖ México como país ocupa en los otros cinco índices lugares que van del 51 al 63, por lo que en la reforma del sistema de salud deben incorporar cambios estratégicos en materia de organización y funcionamiento.
- ❖ México en los índices relativos a distribución ocupa lugares aún más rezagados, por lo que se deben instrumentar medidas correctivas relativas a la inequidad en la distribución geográfica, entre las instituciones que conforman al Sector Salud y por grupos sociales.

4. Exploración del Financiamiento Público de los Servicios de Salud en México.

El análisis internacional desarrollado en la sección anterior mostró el gran rezago del Sistema Nacional de Salud en cuanto al indicador "Justicia y Equidad en la Contribución Financiera", por lo que en este apartado se analizará la composición del financiamiento público y el problema de la inequidad resultante de la mala estructuración del fondeo público de los servicios de salud en México.

4.1 La Composición del Financiamiento de los Servicios de Salud en México.

Los cinco indicadores estratégicos para contextualizar la composición del Financiamiento de los servicios de salud son:

Cuadro 4
 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

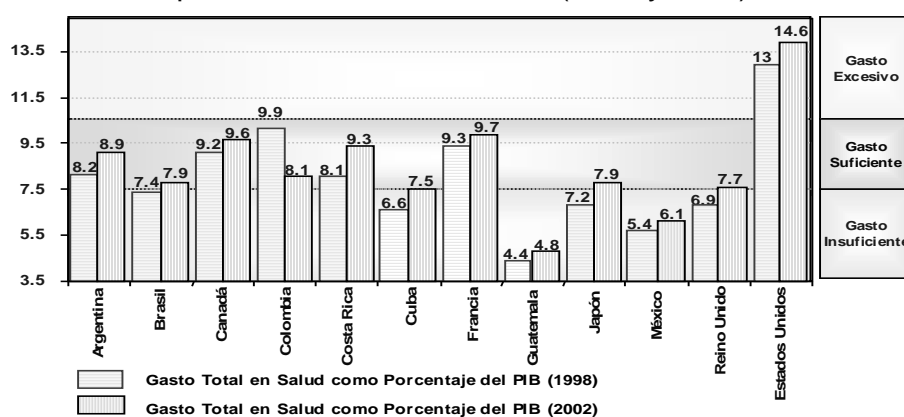
Fuente: The World Health Report 2005. Organización Mundial de la Salud. Ginebra Suiza, 2005.

4.1.1 El Gasto 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, etc.

Sin embargo, los países seleccionados en la comparación internacional que presentaron los mejores índices de desempeño, expuestos en la sección anterior a saber: Canadá, Costa Rica, Francia, Japón y el Reino Unido; nos permiten establecer un rango que oscila entre un piso de 7.2 y un techo de 9.6 en la participación del Gasto en Salud como porcentaje del PIB.

Figura 10
Gasto Total en Salud como Porcentaje del PIB
para Países Seleccionados (1998 y 2002)



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

El Gasto Total en Salud como porcentaje del PIB para México, en relación con el mencionado rango es insuficiente, al ser solo de 6.1% en el año 2002, observándose una necesidad de incrementar dicha cantidad en al menos 1.1 puntos porcentuales para alcanzar el piso del estándar internacional. No obstante, se reconocen esfuerzos recientes para el País ya que de 1998 al 2002 se incrementó este indicador en 7 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 ésta una de las razones en el rezago en los principales indicadores de salud.

Cuadro 5
Indicadores de Salud Básicos para Países Seleccionados
2000 - 2003 (Según Disponibilidad)

País	% de Niños Menores de 5 Años con Bajo Peso para su Edad	Tasa de Mortalidad de Niños De 24 a 59 Meses por 1000 Nacidos	Tasa de Mortalidad Menores de 5 Años por 1000 Nacidos Vivos	Tasa de Mortalidad Materna por 100,000 Nacidos Vivos	Porcentaje de Partos Atendidos por Personal Capacitado	Porcentaje de Población con Acceso a Agua Potable Entubada		Porcentaje de Población con Saneamiento Básico	
						Urb.	Rural	Urb.	Rural
Argentina	5.4	3	17	70	97.5	85	30	89	48
Brasil	5.7	3	35	260	87.6	95	53	84	43
Canadá	s/d	0.8	6	5	98.0	100	99	100	99
Colombia	6.7	4	21	130	86.4	99	70	96	56
Costa Rica	5.1	1.9	10	25	98.2	99	92	89	97
Cuba	3.9	1.6	7	33	100.0	95	77	99	95
Francia	s/d	1	5	17	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
Guatemala	24.2	14	47	240	40.6	98	88	83	79
Japón	3.7	1.2	4	10	100.0	s/d	s/d	s/d	s/d
México	7.5	3	28	83	85.7	95	69	88	34
Reino Unido	1.4	0.9	6	11	99.0	100	100	100	100
Estados Unidos	1.3	1.3	8	14	99.0	100	100	100	100

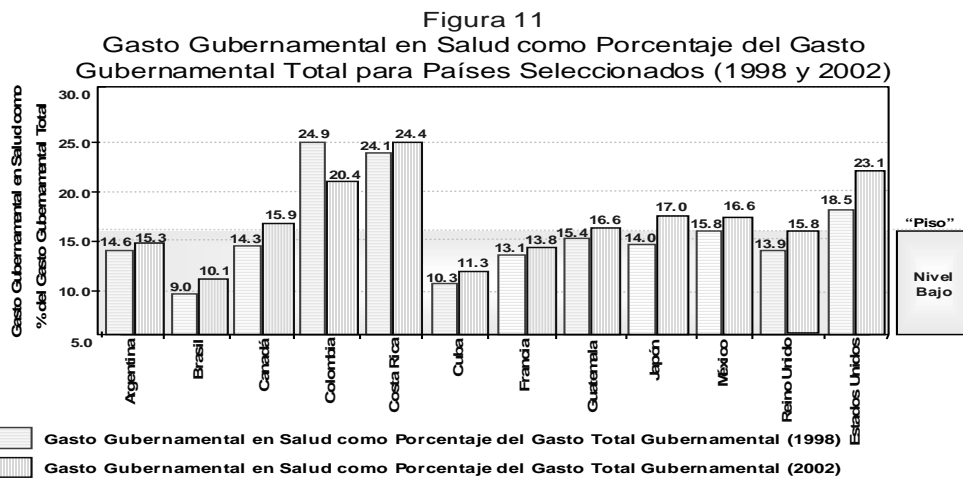
Fuente: The World Health Report 2005. Organización Mundial de la Salud. Ginebra Suiza, 2005.

Por lo tanto, más recursos para el Sector Salud es una condición necesaria más no suficiente para mejorar la calidad de vida de los mexicanos, ya que se tendría que combinar con: más eficiencia tanto en la asignación de recursos como en el

desempeño técnico de los procesos, cambio estructural y organizativo en las instituciones y un proceso rendición de cuentas a nivel nacional.

4.1.2 El Gasto Gubernamental en Salud como Porcentaje del Gasto Gubernamental Total.

La prioridad en términos económicos que un Estado le confiere a la salud de sus ciudadanos, puede expresarse por la participación del "Gasto Gubernamental en Salud" como porcentaje del "Gasto Gubernamental Total". De nuevo, los países seleccionados en la comparación internacional que presentaron los mejores índices de desempeño, nos permiten establecer un "Piso" o "Nivel Mínimo Deseable" de 15.4% de la participación del Gasto en Salud como porcentaje del Gasto Gubernamental Total.



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

En función del piso de 15.4%, se observa que 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 el año de 1998 este indicador era de 15.8% y subió a 16.6% para el año 2002 .

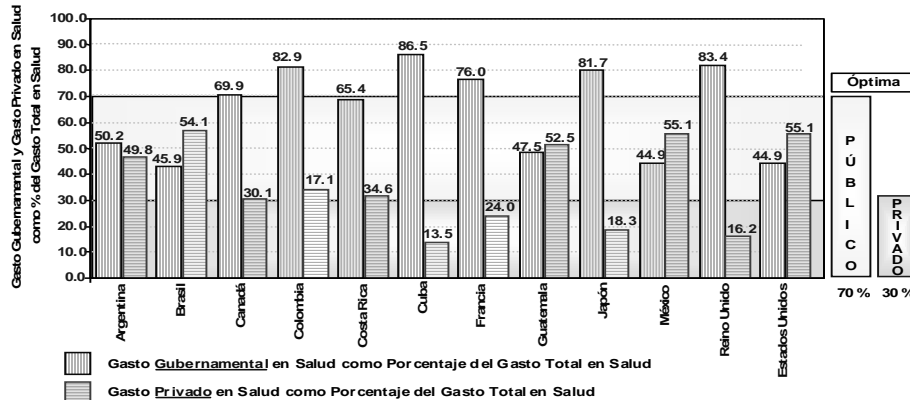
4.1.3 El Gasto Gubernamental y el Gasto Privado como Porcentaje del Gasto Total en Salud.

Los países seleccionados en la comparación internacional que presentaron los mejores índices de desempeño, nos permiten establecer una "Combinación Deseable" en la participación pública y privada de 70% del Gasto Público y 30% de Gasto Privado. En la combinación deseable de participación pública y privada en el financiamiento de un Sistema Nacional de Salud, se considera que el Estado mexicano debe casi doblar porcentualmente el nivel de participación pública, la magnitud del cambio significaría subir dicha participación de 44.9% a 70%.*

* El estudio del financiamiento privado, el gasto de bolsillo y los gastos catastróficos se llevará a cabo en un documento posterior.

La situación para México en este indicador es alarmante ya que se encuentran invertidos los porcentajes de participación público y privado; siendo de 44.9% y 55.9% respectivamente en el año 2002.

Figura 12
 Gasto Gubernamental en Salud y Gasto Privado en Salud como Porcentaje del Gasto Total en Salud para Países Seleccionados (2002)



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

Este aumento en el peso relativo del Estado en el financiamiento de la atención a la salud se podría justificar extensamente*, baste considerar las imperfecciones del mercado de la atención a la salud; en donde 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 meritorio.

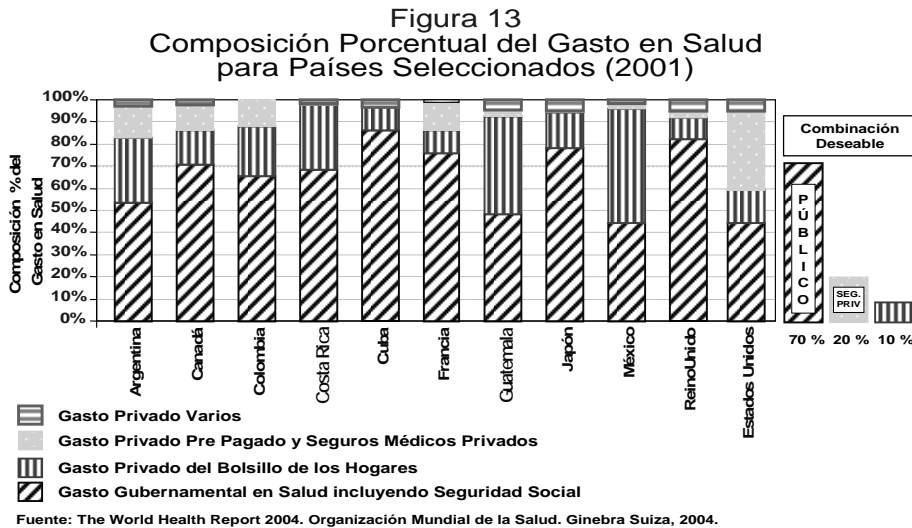
Conclusiones relevantes en torno a la composición del financiamiento de los servicios de salud en México:

- ❖ Es insuficiente el destinar 6.1 por ciento de Gasto en Salud con respecto al PIB, se debe incrementar en al menos 1.1 puntos porcentuales, para llegar al nivel mínimo aceptable de 7.2%.
- ❖ El Estado Mexicano ha llegado a un límite dentro del cual los aumentos relativos en el Presupuesto Público hacia el Sector Salud pueden ocasionar desequilibrios presupuestales y se pueden afectar otros Programas Sociales prioritarios, por lo que para lograr aumentos reales hacia Salud se requiere instrumentar una verdadera Reforma Fiscal que permita, sin alterar en gran medida la distribución del Presupuesto Público, aumentar los ingresos fiscales y asignar más gasto en salud en términos absolutos.
- ❖ El Gasto Público debe incrementar su nivel de participación de 44.9% a 70% para poder garantizar una intervención estatal que busque la equidad y la eficiencia en el Mercado Imperfecto de Atención Médica y que logre la valorización del Capital Humano.

* Ver: Carlo G. Coello Levet., Equidad en Acceso a los Servicios de Salud en México, Capítulos: 2,3 y 4.

4.2 La Problemática en el Financiamiento Público.

La composición del Financiamiento de los servicios de salud en México estaba caracterizada en el año 2001, por una situación en la que el principal pilar lo constituían los “Gastos de Bolsillo de los Hogares”, seguidos de una baja participación del Gasto Gubernamental y una muy menor participación de los seguros privados y sistemas pre pagados.



Para comprender las fallas en 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 ofrecerían más fondos para corregir estas desigualdades y avanzar hacia la convergencia.

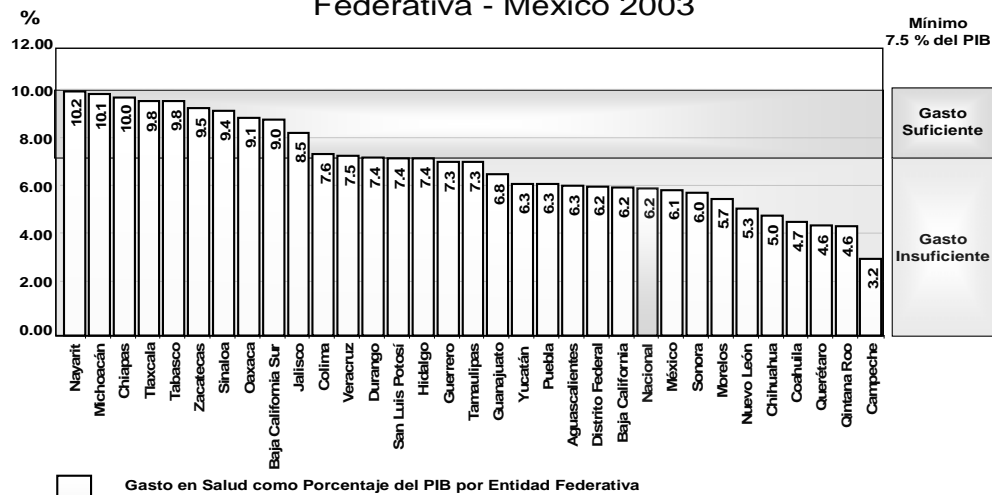
Así pues, el Gasto en Salud como porcentaje del PIB que en el año 2003 presentaron las Entidades Federativas en México fue muy desigual; con una variación de 10.2 puntos porcentuales para el estado que más destinó que fue Nayarit y un porcentaje de 3.2% para el que menos destinó que fue Campeche.¹⁶

El promedio nacional en 2003 en el Gasto en Salud como Porcentaje del PIB a nivel Estatal fue 6.2% por lo que al país le faltaría subir un punto porcentual para alcanzar el “Piso” o mínimo aceptable.

Se observa que 15 Entidades Federativas, el Gasto en Salud como porcentaje del PIB, presentaban rezago en 2003 y estaban por debajo del “Piso” establecido. Los Estados ordenados de mayor a menor en cuanto a insuficiencia de recursos para la salud son: Campeche, Quintana Roo, Querétaro, Coahuila, Chihuahua, Nuevo León, Morelos, Sonora, Estado de México, Baja California, Distrito Federal, Aguascalientes, Puebla, Yucatán y Guanajuato.

¹⁶ Secretaría de Salud. Salud México 2003. Información para la Rendición de Cuentas. México, 2004.

Figura 14
Gasto en Salud como Porcentaje del PIB por Entidad Federativa - México 2003



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

Conclusiones relevantes en torno a la Problemática de los Fondos Públicos:

- ❖ Existe insuficiencia en lo que al Gasto Gubernamental que soporta servicios públicos de salud. Debido a esto se presentó una relación inversa en las Entidades Federativas entre el PIB per Cápita y el Gasto en Salud como % del PIB: Estados con alto PIB per Cápita presentaron un porcentaje bajo del Gasto en Salud como % del PIB y viceversa. 15 Entidades Federativas presentaron un nivel de Gasto Público y Privado como % del PIB por debajo del "Piso" establecido. 24 Entidades Federativas presentaron un nivel de Gasto Público como % del PIB por debajo del "Piso" establecido, es decir los Fondos Públicos fueron los que presentaron el mayor rezago. 11 Entidades Federativas presentaron un Gasto Público en Salud como % del Gasto Público Total, por debajo del nivel de participación de la salud en el presupuesto del Estado establecido como mínimo.
- ❖ Hay una inadecuada Combinación de Fondos Públicos y Privados
- ❖ Persiste una desigualdad en Financiamiento entre Entidades Federativas ya que se observó una gran desigualdad en el Gasto Público y Privado como % del PIB por Entidad Federativa con rangos que van desde 10.2% para el Estado que presentó el mayor porcentaje: Nayarit; hasta 3.2% para el Estado más rezagado en este indicador: Campeche.
- ❖ Es importante mencionar que la desigualdad en Financiamiento es tan profunda que existen entre la aportación Estatal y la aportación Federal para el Financiamiento de la Salud para la Población No Asegurada por Entidad Federativa, rangos que van desde menos del 1% para el Estado con la menor participación estatal: Baja California; hasta Estados que aportan más de 50% de los recursos como Tabasco.

5. Costos y Beneficios de la Alineación y Convergencia de Políticas de Salud con Políticas de Otros Sectores Clave de la Economía Mexicana.

5.1 La Política Fiscal y la Sustentabilidad de las Reformas en Salud.

5.1.1 Situación Actual de la Política Fiscal en México.

El papel de la Política Fiscal como medio para la consecución de la meta de proveer servicios de salud de calidad, equitativos y eficientes; que permitan el crecimiento y desarrollo económicos, 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.

Es necesario considerar que el prerrequisito para mejorar la política de salud es que haya suficiente dinero para fundear su modernización y estos recursos deberán surgir de incrementos absolutos en el nivel de recaudación, que sólo serán posibles si se instrumenta una Reforma Fiscal.

Figura 15
 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 2000
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.

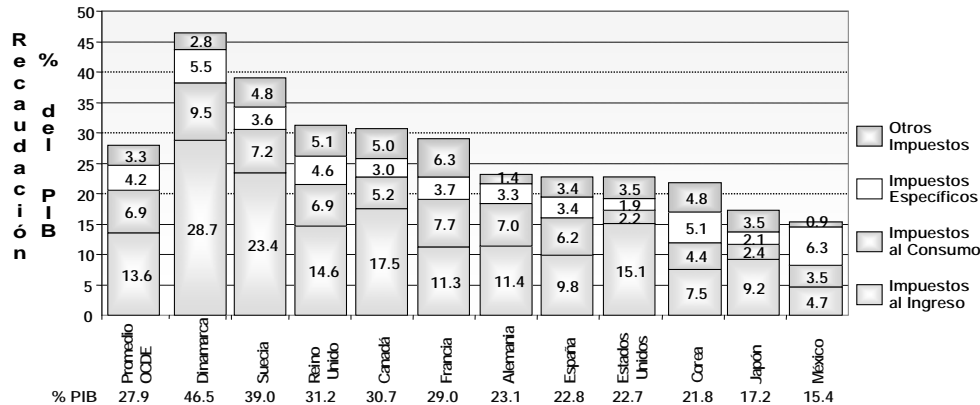
México es uno de los países con menor carga fiscal respecto a los demás países de ingreso medio y la recaudación como porcentaje del PIB se ha mantenido por debajo de los estándares internacionales, ocasionada en gran parte por la existencia de una gran cantidad de regímenes de "Exención" o "Tasa Cero", con lo que ha perdido neutralidad, equidad y simplicidad; y se ha propiciado una pérdida recaudatoria estimada recientemente por la SHCP en 5.3 puntos del PIB.¹⁷

Al revisar cifras relativas a la recaudación directa e indirecta y los niveles de gasto en salud, se observa que México tiene un pobre desempeño en lo que a

¹⁷ Banco de México. Un Comparativo Internacional de la Recaudación Tributaria. Mayo, 21, 2003.

recaudación se refiere, con lo que se presentan rezagos tanto la participación de los impuestos al ingreso, como al consumo, así que se muestra en la siguiente figura:

Figura 16
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.

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

- ❖ Equidad: *equidad horizontal* (gravar igual a todos los agentes que tengan la misma capacidad contributiva) y *equidad vertical* (gravar más a aquellos individuos con una capacidad contributiva mayor)
- ❖ Eficiencia y Neutralidad: *diseño de una estructura impositiva que evite abrir oportunidades a la evasión y elusión fiscal.*
- ❖ Competitividad: *mantener un nivel de competitividad fiscal ante socios comerciales y competidores con lo que se evita que los contribuyentes trasladen sus operaciones al extranjero.*
- ❖ Simplicidad: *eliminar regímenes de excepción, tratos preferenciales y privilegios, reduciendo la resistencia al pago e incumplimiento.*

En resumen: la baja recaudación genera como efectos: un nivel de Gasto Público insuficiente para atacar las necesidades sociales y desarrollar al país, una gran vulnerabilidad económica al tener que depender de ingresos no recurrentes como la venta de petróleo y las privatizaciones; así como una alta propensión a mantener un endeudamiento elevado para poder fondar las necesidades sociales.

5.1.2 Identificación de Mecanismos de Alineación y Convergencia Entre la Política de Salud y la Política Fiscal.

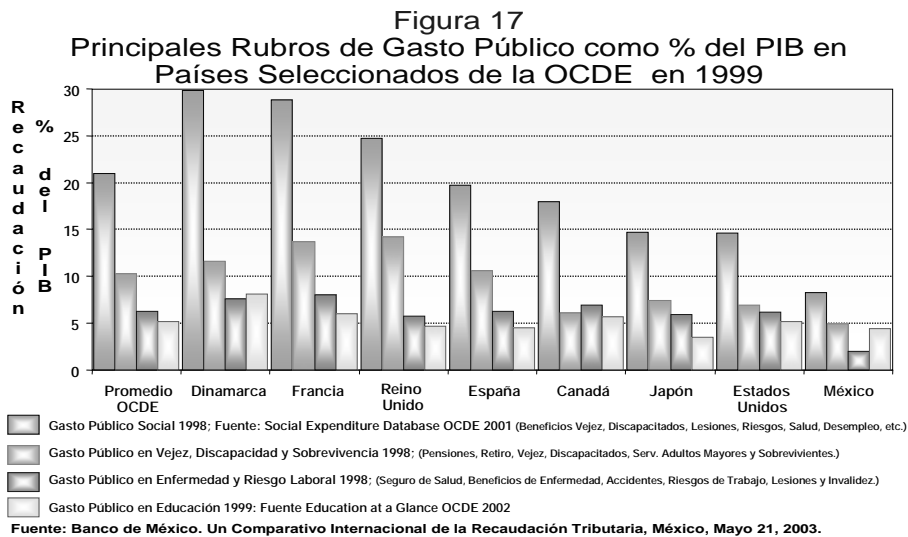
La convergencia fundamental y principal sinergia entre la política fiscal y la política de salud, se genera al relacionar: Recaudación – Gasto Público – Desarrollo Humano, incluido salud.

Esta convergencia se expresa en que mayor “Recaudación” posibilita “Mayor Gasto Público” y al ser complementario al “Gasto Privado” y posibilitar tanto la formación de capital físico como de capital humano, se brindan mayores posibilidades para detonar el desarrollo económico de una Nación.

Lo importante es que el Gasto Público se asigne a instrumentos que redistribuyan el ingreso de manera eficaz y eficiente; por lo que se debe evaluar la eficiencia y eficacia de dichos instrumentos o Programas Sociales: Seguro Popular de Salud, Progresá, etc. A partir de esto se destacan dos mecanismos de alineación y convergencia específicos:

- a) La alineación de incrementos en la Política Fiscal Recaudatoria con aumentos en la Política Fiscal de Gasto Público en Salud:

Un crecimiento de la base gravable a través de la homologación y estandarización de impuestos indirectos (i.e. gravámenes al consumo), puede representar una beta de crecimiento en primer lugar a la recaudación real del Estado y en segunda instancia para el incremento del Gasto Público asignado a Programas Sociales, incluida 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.



De este modo se observa que los países europeos que más recaudan, más compensan, más protección social generan y redistribuyen el Ingreso Nacional a partir de Programas Sociales específicos que son permanentemente evaluados.

Concretamente ...Las fuentes de ingreso gubernamentales han estado cambiando en el orbe, por un lado los impuestos directos representaban el 23% de la recaudación real de los gobiernos en 1990, pero su participación disminuyó a 18% para 2000, mientras que los impuestos indirectos aumentaron de un 27 a un 34%...

...En las economías desarrolladas el sistema fiscal está fundamentado en mayor proporción en los impuestos directos con un 26%, mientras que las economías de ingresos bajos y medios, derivaron el 35% de sus tributaciones de impuestos indirectos y 9% de impuestos al comercio internacional...¹⁸

Cuadro 6
Comparación Internacional de la Política Fiscal

País	Recaudación Actual % del PIB 2000	Gasto Público Total como % del PIB 2000	Balance Presupuestal Total % del PIB 2000	Financiamiento Externo % del PIB 2000	Financiamiento Interno % del PIB 2000	Deuda Total % del PIB 2000	Intereses % de Recaudación Corriente 2000
Alemania	31.3	32.7	- 0.9	0.6	- 0.1	20.0	7.3
Brasil	24.9	26.8	- 7.8				15.4
Canadá	21.8	20.3	1.3	- 0.1	- 1.2	61.5	14.2
Chile	22.2	21.9	0.1	- 0.3	0.1	13.9	2.0
Estados Unidos	21.5	19.2	2.4	- 2.2	- 0.1	34.8	11.2
México	14.8	16.0	- 1.3	- 0.9	2.1	23.3	14.0
Perú	16.5	19.3	- 1.8	1.1	0.7	44.9	13.2
Reino Unido	36.0	36.0	0.0	- 0.4	0.3		7.7

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.

La Política Fiscal en su dimensión de Gasto Público para redistribuir el ingreso, entraría en sinergia con la Política en Salud, al canalizar más recursos para subsidiar los Programas de Salud para evitar en la esfera familiar gastos privados de bolsillo catastróficos que empobrezcan a la población.

Así pues, si se consiguen alinear racional y eficientemente los tres elementos: recaudación, gasto y esquema de financiamiento tendiente a la equidad, podría hablarse de una convergencia entre la Política Fiscal y de Salud que detonaría la redistribución del bienestar de la economía, el crecimiento y el desarrollo económico, bajo criterios de equidad y a la vez con un stock de capital humano apto para la productividad.

Consiguientemente, una de las intersecciones y posibles ventajas, más claras entre la política fiscal y el sector salud es la política social, en tanto ésta describe la argumentación y sentido que debe dársele a la asignación de recursos para mejorar los niveles de salud y de bienestar de la población¹⁹, lo que debe de generar que se potencien las ventajas de una mayor inversión en activos de orden social, bajo esquemas racionales, equitativos y costo eficientes.

¹⁸ Cfr., World Health Indicators 2004, Banco Mundial.

¹⁹ Cita de Cambio Institucional: Agenda Pendiente para las Políticas Públicas en México. Gaceta de Economía del ITAM...pags. 105-112

b) 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 los partidos políticos al cobro de IVA a Medicinas.

Es fundamental que la Secretaría de Salud enfatice como una de las acciones prioritarias del Seguro Popular de Salud, el otorgamiento de medicamentos, tal y como se realizó en Argentina con el “Programa Remediar en la Política de Salud – Una Estrategia de Acción”, a partir del cual se organizó una red de servicios en la medicina de familia exclusivamente dedicada al otorgamiento oportuno y de calidad de medicamentos gratuitos de un Cuadro Básico.²⁰

Asimismo, se recomienda que un porcentaje del Gasto Público en Salud sea retratado para el otorgamiento de medicamentos, tal y como se dio en Colombia a finales de los noventa, en donde se otorgó 1 punto del PIB en el Gasto en Salud destinado a medicamentos.

Así, al garantizar medicamentos gratuitos dentro del Seguro Popular de Salud, se tendrían otros dos efectos importantes para detonar el desarrollo económico: por una parte, crecería el consumo agregado de medicamentos para el país, pues gran parte de la población que ahora sub consume medicamentos por su restricción presupuestal, tendría por primera vez acceso a medicinas caras que necesita, lo que significaría una expansión para la industria químico farmacéutica asentada en el país; y por el otro, se reduciría significativamente la automedicación que pone en riesgo la salud de grandes sectores poblacionales.

5.1.3 Costos y los Beneficios de la Alineación y Convergencia Entre la Política de Salud y la Política Fiscal.

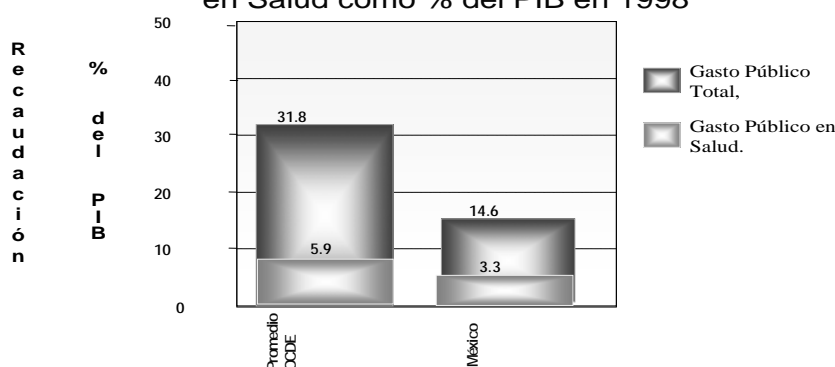
a) El Costo del Aseguramiento Universal en Salud:

El Gasto Público en Salud como proporción del PIB en México es considerablemente más bajo que en otros países, ya que en 2003 representó apenas del 3.3% del PIB, lo que implica que la población carece de una cobertura financiera para la salud efectiva para resolver sus demandas de atención, creándose un determinante de empobrecimiento.

El estándar internacional o nivel mínimo propuesto por este equipo de investigadores, para proporcionar servicios de salud con un buen desempeño fue de 5.25% de Gasto Público en Salud como porcentaje del PIB, por lo que se requieren 1.95 puntos adicionales, de los cuales se esperaría el incremento en términos absolutos de 1 punto porcentual del PIB por parte del Estado, y el restante 0.95 se tendría que obtener a partir de la sustitución de “gastos de bolsillo” por contribuciones de las familias a los seguros de salud públicos.

²⁰ Argentina. Programa Remediar en la Política de Salud: Una Estrategia de Acción. Buenos Aires Argentina 2002.

Figura 18
Gasto Público Total y Gasto Público en Salud como % del PIB en 1998



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

Así que, de no darse un incremento en la base tributaria y en la formalización de los contribuyentes, los costos para la economía en general presentarán una tendencia alcista, y en específico para el Sistema de Salud; debido al incremento en los costos de atención de la población que está en la informalidad, desprotegida y sin prevención; en un contexto de transición epidemiológica hacia cuadros crónico-degenerativos más costosos y largos.

b) El costo del Déficit de las Instituciones de Seguridad Social:

Este es uno de los temas más importantes en relación con la sustentabilidad económica del país. Este aspecto ya ha sido tratado en múltiples estudios por lo que no se abordará con mayor profundidad en este estudio. No obstante, para dimensionar su importancia basta citar el caso del ISSSTE.

"....Otro pendiente dentro del sector salud en relación a cuestiones fiscales se expresa en el déficit de Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que puede alcanzar proporciones estratosféricas con un déficit del fondo de pensiones para el 2006 de \$140,000mdp y de \$330,000mdp para la siguiente administración....²¹ "

Este es un costo fiscal que se transmitirá intergeneracionalmente y no cederá espacio suficiente para que los servicios de seguridad social se expandan lo suficiente hacia sectores que hoy viven en la informalidad, para recibir un servicio de calidad, equitativo y eficiente.

c) El Empobrecimiento y la Exclusión como Costos:

Un sistema de salud en que los individuos tienen que pagar de su propio bolsillo una parte sustancial del costo de los servicios en el momento de buscar tratamiento, hará que el acceso se restrinja a quienes pueden pagarlos y probablemente excluirá a los miembros más pobres de la sociedad, lo que

21 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.

presenta un gran costo para un sistema de salud como el mexicano en el que la atención se encuentra altamente segmentada entre quienes pertenecen al sector formal de la economía y quienes no, siendo estos últimos el grupo que mayores tasas de crecimiento han presentado en los últimos tiempos.

Cuadro 7
 Porcentaje de Hogares con Gasto Catastrófico por
 Decil de Ingreso (ENIGH 1992-2004)

Porcentaje de Hogares con Gasto Catastrófico Año	Decil de Ingreso									
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
% de Hogares en 1992	17.8	14.6	11.3	10.6	9.6	9.2	8.8	8.3	6.5	6.9
% de Hogares en 1994	16.3	15.1	13.2	10.4	9.1	10.0	8.9	8.7	8.1	7.3
% de Hogares en 1996	16.2	13.8	11.7	12.0	10.8	9.1	9.4	8.7	8.3	7.3
% de Hogares en 1998	20.2	16.5	13.9	11.3	11.0	10.1	8.7	7.5	7.2	6.8
% de Hogares en 2000	18.2	15.2	12.4	10.8	10.1	9.0	7.9	7.8	7.8	6.6
% de Hogares en 2002	17.8	14.8	10.5	9.6	10.1	8.4	8.6	8.6	7.0	6.5
% de Hogares en 2004	18.8	13.8	11.6	10.1	9.4	8.1	8.4	9.2	7.0	6.5

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002 y 2004. Elaboración propia.

Por tanto, la pobreza es uno de los principales costos que se puede identificar en el caso de no existir una alineación y convergencia entre las metas y objetivos de la política fiscal y de salud, que debiera ser mejorar y mantener condiciones adecuadas del capital humano de la economía.

Así pues, el costo de oportunidad que presentan las familias al financiar sus demandas de atención médica es enorme y tiene como efecto colaborar al hundimiento de los hogares en una trampa de pobreza.

Por lo tanto, la restricción a las capacidades básicas que fomenten los activos generadores de ingreso es un costo indirecto que genera la no alineación entre los objetivos y metas del sector salud, con el sector fiscal y que termina impactando el bienestar de la población, convirtiéndose en un riesgo de un empobrecimiento para un alto porcentaje de la población abierta; así que se puede concluir diciendo que: no es posible que los recursos que deben destinarse a la salud marchen con un rumbo y los programas con este fin marchen por otro distinto, deben converger en una meta común: la mejora definitiva y sostenible del estado de salud de la población.

d) Beneficios colaterales de la Reforma Fiscal para detonar el desarrollo económico y la valorización del capital humano.

De aprobarse la reforma estructural en materia Fiscal, podrían esperarse mayores flujos de inversión privada nacional y extranjera, al ofrecer mejores oportunidades de rendimiento a los proyectos productivos. Esto, se observa a continuación:

Cuadro 8
Perspectiva Económica para México 2004 - 2006

	Escenario Inercial			Reforma Estructural		
	2004	2005	2006	2004	2005	2006
PIB Valor Real Anual	3.7	3.8	4.1	5.8	6.6	7.0
Inflación Diciembre a Diciembre	3.3	3.3	3.3	3.0	3.0	3.0
Tasa Nominal Promedio	8.3	8.3	8.2	7.8	7.6	7.4
Tasa Real Acumulada	5.1	5.1	5.0	4.9	4.7	4.5
Gasto Público como % del PIB	- 2.8	- 2.8	- 3.0	- 3.3	- 3.5	- 3.8

Fuente: Plan Nacional de Financiamiento del Desarrollo 2002 – 2006. Secretaría de Hacienda y Crédito Público, México 2002, Capítulo 6, Pag. 111

Bajo un escenario de reforma se estima un crecimiento del ahorro interno hasta de un 21.8% del PIB, del mismo modo se observaría una expansión de todos los componentes de la demanda interna, también se estima que bajo un escenario de reforma la inversión extranjera directa podría rondar los 25,000 millones usd, lo que en todos los casos representa cifras considerablemente superiores a un escenario inercial.

De este modo, la aprobación de las reformas estructurales dinamiza a toda la economía, lo que genera la posibilidad de crear aproximadamente 1 millón 20 mil empleos formales (incorporados al IMSS) en los años subsecuentes.²²

Por lo tanto, como consecuencia de la homologación del IVA, el agente colectivo contaría con una cantidad de recursos no petroleros significativamente mayor, estimada en aproximadamente un 2% del PIB anualmente, esto permitiría expandir las posibilidades de Gasto Público hasta 1.8% en 2006; de este modo una parte considerable de este Gasto Público adicional podría ampliar y mejorar la cobertura del Seguro Popular.

5.1.4 Líneas de Acción para el Fortalecimiento de la Política Fiscal a partir de Estrategias del Sector Salud.

La sinergia potencial entre Política de Salud y Política Fiscal se puede generar y desencadenar, como lo planteó el Programa de Salud 2000 – 2006 a través de “Políticas fiscales que promuevan la salud y políticas de salud con implicaciones fiscales”. Dado que el esquema de financiamiento de los servicios de salud es el principal vaso comunicante a través del cual las acciones dentro del ámbito fiscal pueden coadyuvar a una mejoría en el estado de salud de la población como detonadora de la productividad, el desarrollo y el bienestar; se sugieren las siguientes líneas de acción para complementar el esfuerzo que actualmente están emprendiendo los actores involucrados:

²² Cfr., Ibid.

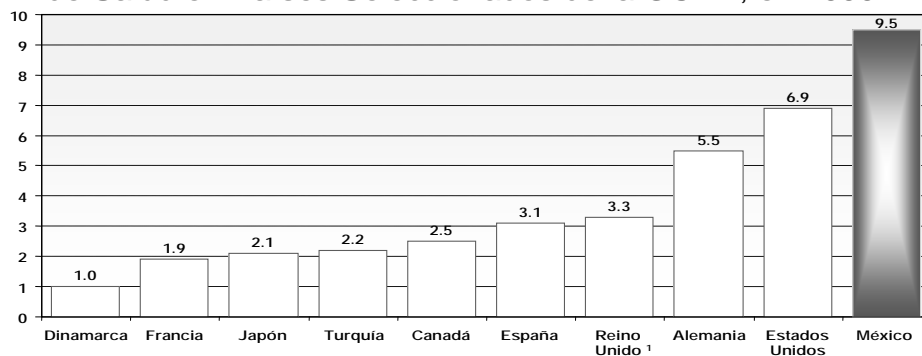
- ❖ Apoyo a la Reforma Fiscal a partir de transmitir de manera simple los beneficios sociales en materia de "Gasto Público en Salud" y los compromisos del Estado para contrarrestar los gastos catastróficos por motivos de salud.
- ❖ Desarrollar el cambio estructural, orgánico, funcional e instrumental; para que las instituciones de salud funcionen bajo la lógica económica de aseguradoras y garanticen un mayor nivel de eficiencia del Gasto Público en Salud.
- ❖ Proponer plazos para la instrumentación de mecanismos que mejoren el financiamiento del sistema de salud bajo la lógica de la equidad y la eficiencia.
- ❖ Definir mecanismos explícitos para que se adopte formalmente la lógica de "qué necesidades tiene la población - cómo se pueden cubrir - cuántos recursos se necesitan - cómo se pueden recaudar" para el caso del sector salud.
- ❖ Profundizar el análisis de las elasticidades de los bienes a los que se pretende grabar para conocer con mayor precisión el efecto general que la medida tendría en la economía.

5.1.5 Diseño de Políticas en Materia de Salud para el Fortalecimiento de la Política Fiscal.

a) Eficiencia agregada del Gasto Público en Salud.

México es el país de la OCDE que proporcionalmente más gastos administrativos realiza.²³ Por lo que se deberá replantear integralmente el esquema de organización corporativo de las instituciones de salud mexicanas, ya que se han desarrollado bajo estancos aislados que poco se comunican y las duplicaciones son muy elevadas y costosas.

Figura 19
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 pag. 115

El reto deberá centrarse en consolidar a las instituciones existentes bajo una nueva estructura orgánico funcional corporativa donde se reduzcan los gastos

²³ OCDE. Estudios de la OCDE Sobre los Sistemas de Salud – México. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. París, Francia. 2005.

administrativos y se reorienta parte de ellos hacia las actividades sustantivas. De ninguna manera la reorganización deberá significar el desaparecer o dismantelar a ninguna institución, sino más bien modernizarla para su permanencia como aseguradora de salud en el largo plazo.

b) Eficiencia en la asignación de recursos.

- ❖ Identificación de las necesidades de atención a partir de la concatenación de diagnósticos locales, estatales, regionales y federales.
- ❖ Identificación de capacidad de respuesta de las unidades médicas, tanto públicas como privadas, a nivel local, estatal, regional y por institución.
- ❖ Determinación de un "Paquete de Beneficios Explícito y Homólogo" con base en criterios de costo efectividad probados a nivel operativo
- ❖ Determinación del "Paquete de Beneficios en Salud Atención Especializada" susceptible de financiar según las restricciones presupuestales de cada institución aseguradora.
- ❖ Identificación de capacidad de pago por decil de ingreso y nuevos mecanismos a incluir en los seguros voluntarios, incluyendo el tema de los co-pagos.
- ❖ Desarrollar estrategias concretas para el incremento y diversificación de fuentes de financiamiento a nivel de unidades de salud.
- ❖ Desarrollar acciones para la separación del financiamiento y la provisión de los servicios

c) Eficiencia técnica de los procesos.

- ❖ Desarrollar sistemas de costos en todas las unidades médicas que permitan monitorear los costos promedio y los costos marginales.
- ❖ Desarrollar un sistema de incentivos al desempeño y superar como única forma de pago el salario, para adicionar a éste pagos por capitación en Medicina de Familia e incentivos.
- ❖ Desarrollar un sistema de incorporación racional de tecnología
- ❖ Desarrollar estrategias para garantizar la excelencia clínica y la emisión de estándares de las principales intervenciones.

d) Cambio orgánico funcional:

- ❖ Transformación de las instituciones en Aseguradoras.
- ❖ Manejo racional del Pool de Riesgo con base en criterios de costo efectividad.

Finalmente, ante lo anterior, es importante recalcar que el discurso oficial para justificar una Reforma Fiscal, debe ser más concreto, comprometido y definido. Es decir, que junto con la propuesta de un IVA generalizado al 10%, el Estado se comprometa a un programa de incorporación explícito de la población pobre al Seguro Popular de Salud y el garantizar que las medicinas de un Cuadro Básico no faltarán.

5.2. El Fortalecimiento de la Política de Desarrollo Social al Combatir la Pobreza y la Desigualdad Integrando Estrategias del Sector Salud.

En este apartado se abordará 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 con la política de salud.

5.2.1 Situación Actual y Problemática de la Pobreza, la Desigualdad y la Salud.

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 quién es pobre. No sólo existe un tipo de pobreza y no es conveniente confundir el concepto de pobreza con otros conceptos distributivos, como la desigualdad, marginalidad y exclusión.²⁴

Los pobres en los países subdesarrollados como México, cuentan con un Capital Social relativamente bajo, ya que se cuenta con escasa inversión social. Asimismo, el Capital Físico que poseen los pobres de países subdesarrollados es escaso y tiene poco valor en el mercado. Además, los pobres poseen escaso Capital Humano, con una carga de enfermedad elevada; para ellos la enfermedad y muerte son cotidianas y el nivel educativo es bajo, incluso con niveles considerables de analfabetismo, lo que imposibilita la posesión de información sobre prevención y tratamientos en estratos pobres de la población.

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 con ello aumenta el crecimiento económico. El círculo se conserva porque los países con mayor salud tienen una mejor posición para prosperar.²⁵ Sin embargo existen 6 elementos del ámbito de la salud que al interactuar ocasionan que el pobre quede atrapado en una trampa de pobreza, esto es:

- a) Baja información y educación para la salud combinado con estilos de vida poco saludables;
- b) Falta de acceso a servicios básicos combinada con malas condiciones materiales de vida;
- c) La falta de información sobre la enfermedad, sus causas, cómo evitarla y combatirla;
- d) La baja capacidad de respuesta de los servicios públicos de salud;

24 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.

25 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.

- e) Las barreras al acceso geográficas y económicas para el acceso a atención médica y;
- f) La incapacidad de ejercer el gasto de bolsillo para resolver demandas de atención costosas.

Por tanto, dentro de un proyecto de reducción de pobreza y de 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 al círculo virtuoso que romperá con las inercias negativas dentro de los sectores más pobres de la población de una nación. Así pues, en un país como México las medidas que se han tomado respecto del problema que representa la carga de enfermedad para la población marginada, aún son insuficientes, por lo que no obstante el abatimiento de los niveles de pobreza que se ha observado en tiempos recientes, las cifras de pobreza en México aún son alarmantes.

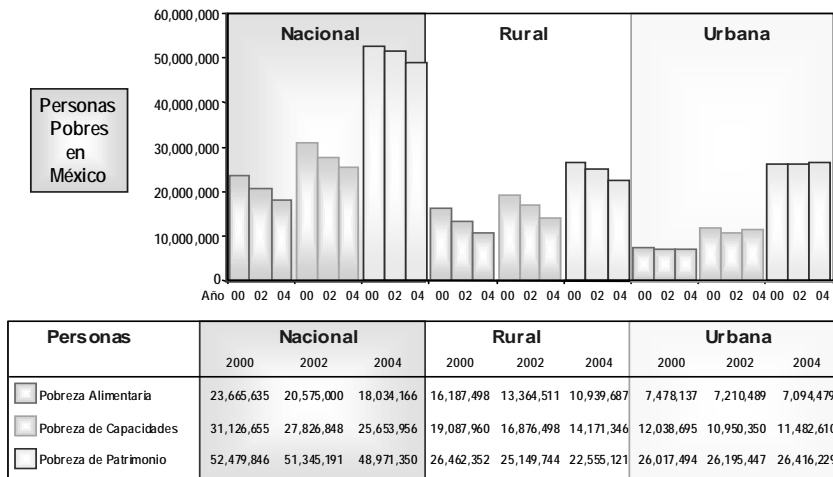
Cuadro 9
La Pobreza en México Años 2000 - 2004

	2000		2002		2004							
Pobreza Alimentaria	18.6 % Hogares del País		24.2 % de la Población		15.8 % Hogares del País		20.3 % de la Población		13.7 % Hogares del País		17.3 % de la Población	
	Urbano 9.8%	Rural 34.1%	Urbano 12.6%	Rural 42.4%	Urbano 8.5%	Rural 28.5%	Urbano 11.4%	Rural 34.8%	Urbano 8.7%	Rural 22.3%	Urbano 11.0%	Rural 27.6%
	3.5 Veces		3.4 Veces		3.3 Veces		3.1 Veces		2.6 Veces		2.5 Veces	
Pobreza de Capacidades	25.3 % Hogares del País		31.9 % de la Población		21.8 % Hogares del País		27.4 % de la Población		19.8 % Hogares del País		24.6 % de la Población	
	Urbano 16.2%	Rural 41.4%	Urbano 20.2%	Rural 50.0%	Urbano 13.3%	Rural 36.6%	Urbano 17.4%	Rural 43.9%	Urbano 14.2%	Rural 29.4%	Urbano 17.8%	Rural 35.7%
	2.6 Veces		2.5 Veces		3 Veces		2.7 Veces		2.1 Veces		2.0 Veces	
Pobreza de Patrimonio	45.9 % Hogares del País		53.7 % de la Población		43.0 % Hogares del País		50.6 % de la Población		39.6 % Hogares del País		47.0 % de la Población	
	Urbano 37.4%	Rural 60.7%	Urbano 43.8%	Rural 69.3%	Urbano 34.9%	Rural 57.2%	Urbano 41.5%	Rural 65.4%	Urbano 34.2%	Rural 48.8%	Urbano 41.0%	Rural 56.9%
	1.6 Veces		1.6 Veces		1.7 Veces		1.6 Veces		1.4 Veces		1.4 Veces	

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

Sin embargo la situación de la pobreza en México, muestra que fue el único país de América Latina en el cual se ha documentado una disminución en el nivel de pobreza. Aún así, sus niveles siguen siendo alarmantes para un país de ingreso medio, en donde al 17% de los hogares no le alcanza ni para comer, a la cuarta parte no le alcanza para comer, educarse y atender sus problemas de salud y casi la mitad tiene insuficiencias para satisfacer alimentación, salud, educación, casa, vestido y sustento.

Figura 20
 Personas Pobres en México 2000 - 2004



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

Se observa que el relativo éxito que ha tenido el Estado Mexicano para combatir la pobreza se debió básicamente a cuatro factores:

- ❖ La expansión y mejor focalización de los Programas Sociales.
- ❖ Los efectos del "Programa Oportunidades", que se amplió para beneficiar a más de cuatro millones de familias, lo que representa atender a los dos primeros deciles de la población, osea, la más pobre. Así como, los efectos de los nuevos instrumentos del sector salud como el "Seguro Popular de Salud" y el "Programa de Arranque Parejo en la Vida".
- ❖ Control de la inflación, aumentando el poder de compra de los salarios.
- ❖ El envío de remesas del exterior.

Es importante recordar que la mejora en la calidad de vida de los pobres debe implicar; por un lado, una mejoría en los determinantes de la salud: tales 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. Esto conduce a observar en las Encuestas Nacionales Ingreso Gasto de los Hogares en México que los pobres viven en condiciones poco favorables para la salud y el bienestar, como son: elevadas condiciones de hacinamiento, alto porcentaje de hogares con piso de tierra, alto porcentaje de hogares sin agua entubada, alto porcentaje de hogares sin cuarto de baño, principalmente para la población indígena y en el campo.

Uno de los grandes logros de la estrategia de "Desarrollo Social y Combate a la Pobreza" instrumentados desde mediados de la década de los noventa, fue el que en el Programa "Progresá" (llamado después Oportunidades), donde se condicionaba el otorgamiento de subsidios a la población pobre a cumplir con ciertas acciones en materia de salud.

Figura 21

Numeralia de la Pobreza en México en el 2000

Fuente: SEDESOL Programa Nacional de Desarrollo Social 2001 - 2006

Pobreza Indígena	
<input type="checkbox"/>	A nivel nacional 8.4% de los hogares son indígenas. (El jefe del hogar habla alguna lengua indígena)
<input type="checkbox"/>	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)
<input type="checkbox"/>	73% de los hogares indígenas se ubican en el grupo de menores ingresos.
<input type="checkbox"/>	Los hogares indígenas tienen en promedio 5 integrantes.
<input type="checkbox"/>	Índice de dependencia elevado hay más de dos personas que no trabajan por cada trabajador
<input type="checkbox"/>	El porcentaje de población analfabeta es tres veces mayor que el promedio nacional.
<input type="checkbox"/>	Más de la mitad de los hogares indígenas habitan en el medio rural.
Pobreza Rural	
<input type="checkbox"/>	En México una cuarta parte de los hogares se encuentra en el contexto rural (localidades con menos de 2,500 habitantes).
<input type="checkbox"/>	Dos de cada tres hogares con menores ingresos (que están en el 1° cuartil) son rurales
<input type="checkbox"/>	Todos los hogares rurales se ubican en los dos primeros cuartiles de ingreso.
<input type="checkbox"/>	Sólo 24% de los hogares rurales cuentan con seguridad social.
<input type="checkbox"/>	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.

Por otro lado, en México al problema de la pobreza se le debe sumar el problema de la desigualdad, en donde el país se ha polarizado concentrándose el ingreso en muy pocos hogares y la miseria en muchos.

Cuadro 10
 Distribución del Ingreso en Países Seleccionados

Distribución del Ingreso por Quintil en Países Seleccionados									
País	Año Encuesta	Índice Gini	10% más Pobre	1° Quintil	2° Quintil	3° Quintil	4° Quintil	5° Quintil	10% más Rico
Brasil	1996	60	0.9	2.5	5.5	10.0	18.3	63.8	47.6
Canadá	1994	31.5	2.8	7.5	12.9	17.2	23.0	39.3	23.8
Chile	1994	56.5	1.4	3.5	6.6	10.9	18.1	61.1	46.1
Colombia	1996	57.1	1.1	3.0	6.6	11.1	18.4	60.9	46.1
Costa Rica	1996	47.0	1.3	4.0	8.8	13.7	21.7	51.8	34.7
Estados Unidos	1997	40.8	1.8	5.2	10.5	15.6	22.4	46.4	30.5
Francia	1995	32.7	2.8	7.2	12.6	17.2	22.8	40.2	25.1
Guatemala	1989	59.6	0.6	2.1	5.8	10.5	18.6	63.0	46.6
Hungría	1996	30.8	3.9	8.8	12.5	16.6	22.3	39.9	24.8
Japón	1993	24.9	4.8	10.6	14.2	17.6	22.0	35.7	21.7
México	1995	53.7	1.4	3.6	7.2	11.8	19.2	58.2	42.8
Reino Unido	1991	36.1	2.6	6.6	11.5	16.3	22.7	43.0	27.3
Suecia	1992	25.0	3.7	9.6	14.5	18.1	23.2	34.5	20.1

Fuente: World Development Report, 2000 – 2001 Attacking Poverty, Banco Mundial

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.²⁶

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

26 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.

esfuerzos o decisiones, sino que en su lugar, son determinadas por factores que están fuera de su control.” 27

Cuadro 11
La Distribución del Ingreso en México 1992 – 2000
y la Desigualdad Urbano – Rural 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
Coef. Gini	0.5086	0.5137	0.4885	0.5092	0.5030

Fuente: INEGI, ENIGH 2000

Distribución Familiar del Ingreso y Desigualdad Urbana y Rural en el 2000 (Pesos Mensuales 2000)		
Decil de Ingresos	Rural	Urbano
I	358.60	1,083.30
II	740.10	2,000.30
III	1,052.10	2,649.00
IV	1,329.20	3,336.70
V	1,635.40	4,145.30
VI	1,965.00	5,015.10
VII	2,404.70	6,223.80
VIII	3,071.00	7,967.10
IX	4,256.40	11,826.70
X	9,648.00	27,169.80
Total	26,460.5	71,417.1
Coeficiente de Gini	0.46	0.48

Fuente: Estimaciones de la SHCP - ENIGH 2000

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 1.4% del ingreso mientras que el 10% más rica concentraba más del 42% del Ingreso, por ello presentaba un Coeficiente de Gini 28 de 50.3.

Al remitirse a los datos proporcionados por INEGI, a través de las ENIGH, se encuentra que México presenta Ginis alrededor de .50 con una elevadísima concentración, de casi el 40% del ingreso en manos del 10% de las familias más ricas, tanto a nivel urbano como a nivel rural.

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 por un lado 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.

Por otro lado, en México en 2002 se presentó un nivel medio alto en cuanto al “Índice de Desarrollo Humano” (IDH) de 0.796; ocupando el lugar número 54. 29

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”:

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

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

28 El “Coeficiente de Gini” mide la desigualdad a lo largo de toda la distribución del Ingreso, por lo que un valor de 0 en el “Coeficiente de Gini” representa una “igualdad perfecta”, mientras que un valor de 1 representa la “desigualdad absoluta”. Mientras más bajo es el Coeficiente de Gini más igualitariamente se distribuye el Ingreso. En las cifras presentadas, se trata del Coeficiente de Gini multiplicado por 100.

29 PNUD Informe sobre Desarrollo Humano. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. USA, 2004. Cuadro 1.2 Página 24

- ❖ 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;
- ❖ PIB per Cápita Ponderado, con un mínimo de ingreso de 100 dólares y un máximo de 40.000 dólares.

Cuadro 12
Informe sobre Desarrollo Humano México 2002
IDH En Países Seleccionados de América Latina

Niveles del Índice de Desarrollo Humano (IDH)								
> Nivel Alto IDH mayor o igual a 0.8			> Nivel Medio IDH entre 0.5 y 0.799			> Nivel Bajo IDH menor a 0.499		
Año del Informe	1999		2000		2001		2002	
País	Posi- ción	IDH	Posi- ción	IDH	Posi- ción	IDH	Posi- ción	IDH
Argentina	39	0.827	35	0.837	34	0.842	34	0.842
Chile	34	0.844	38	0.826	39	0.825	38	0.831
Uruguay	40	0.826	39	0.825	37	0.828	40	0.831
Costa Rica	45	0.801	48	0.797	41	0.821	43	0.820
México	50	0.786	55	0.784	51	0.790	54	0.796
Cuba	58	0.765	56	0.783	-	-	55	0.795
Colombia	57	0.768	65	0.726	62	0.765	68	0.772
Brasil	79	0.739	74	0.747	69	0.750	73	0.757
Guatemala	117	0.624	120	0.619	106	0.626	120	0.631
IDH de México y países de América Latina. Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano 2004., cuadro 1.2, Pág. 24.								

Índice de Desarrollo Humano para México 0.796

México ocupa el lugar número 54 en 2002

El posicionamiento de México en el lugar número 54 del IDH, coincide con los lugares que México obtuvo en el Reporte de la Organización Mundial de la Salud: "Informe sobre la Salud en el Mundo", en donde el país obtuvo posiciones para diferentes indicadores que varían entre el lugar número 55 y 61, a excepción del indicador sobre "Equidad en la Contribución financiera, en donde se obtuvo un lugar número 144 por la gran inequidad del financiamiento del Sistema de Salud.

5.2.2 Los Costos y Beneficios de la Alineación y Convergencia entre la Política de Desarrollo Social y la Política de Salud.

- a) La reducción de la "Pobreza de Capacidades" sólo se va a lograr si los mexicanos tienen un acceso universal a servicios públicos en materia de educación y salud, para que no gasten de su bolsillo en estas necesidades. El costo, de dotar de aseguramiento público en salud de calidad para todos los mexicanos requeriría, como se presentó en el apartado sobre Política Fiscal, de 1 punto porcentual adicional del PIB destinado a salud.
- b) En lo que toca a los costos en el ámbito de la salud dada la inequidad, es significativo mencionar que el acceso a los servicios de salud determina en gran medida las oportunidades de las personas para lograr una condición de salud adecuada y los costos de no lograrlo pueden representar vivir una marginación y exclusión extremas de por vida.
- c) En relación a los costos que implica la deficiente institucionalidad presente en la economía mexicana en lo general y en el sistema de salud mexicano en lo

particular, se observó que, México destinó en 2003 el 6.2% del Producto Interno Bruto (PIB) al gasto en salud, de este porcentaje el 2.9% es gasto privado y el 3.3% lo constituye el gasto público. Lo que conduce al hecho de que una gran proporción de la población marginada en México, esté dedicando más de un 30% de sus raquíuticos recursos a cubrir necesidades de salud, en vez de atender otras que también afectan positivamente el bienestar social y el desarrollo del capital humano, mismas que están subfinanciadas como la educación, las comunicaciones u otros componentes.

- d) Es necesario tener en cuenta que la pobreza, genera que en México exista una falta considerable de oportunidades de desarrollo humano, que no sólo representa costos sobre el capital humano y el crecimiento de la economía, sino que, genera costos en ámbitos completamente ajenos al ámbito puro de la salud, como por ejemplo las externalidades en el desgaste ambiental o en el incremento de la productividad, con lo que se refuerza la idea de que se tiene que impulsar la convergencia positiva e implícita entre la Política de Desarrollo Social y la Política de Salud.

5.2.3 Líneas de Acción para el Fortalecimiento de la Política de Desarrollo Social a partir de Estrategias del Sector Salud.

Es innegable que existe entre la población de México una condición de riesgo de empobrecimiento latente, y ésta tiene como una de sus causas a la "desinstitucionalización" de la economía, sobre todo en ámbitos de aseguramiento y crédito, entendiendo por aseguramiento cualquier tipo de seguro (i.e. médico, vida, casa, auto) público o privado.

El fortalecimiento de las nuevas estrategias públicas de salud, como el "Seguro Popular de Salud", enriquecido con cambios en la forma de remuneración a los trabajadores del sector y otras innovaciones estructurales que mejoren la efectividad, eficiencia y calidad de los servicios ofrecidos, mejoran la "institucionalidad" prevaleciente en una economía para coadyuvar a la creación de mayores oportunidades de desarrollo y de acceso al bienestar, con la consecuente posibilidad de una mayor capacidad de influir en el curso de la política pública, por parte de los grupos hoy desfavorecidos.

Deben observarse las distintas fallas de mercado que afectan tanto en la esfera pública, como en la privada y encaminar las acciones de política pública hacia la enmienda de éstas, (para fines de este documento pueden ser consideradas sinergias negativas) buscando con ello una provisión pública, no trunca si no complementada en el ámbito privado ³⁰, de modo que se cree un sistema que funja como una "dimensión distributiva" de la economía, donde la procuración de un stock de salud adecuado suene como un buen comienzo.

³⁰ Cfr., La Pobreza en México, Una Evaluación de las Condiciones, las Tendencias ..., Op. Cit., Págs. 15-17.

Si bien se está avanzando en la reducción de la Pobreza, está costando más trabajo ser eficaz en el ámbito rural e indígena, por lo que se debe garantizar una mayor efectividad de los programas de salud dirigidos a dichos sectores. Algunos nuevos instrumentos y cambios estratégicos que se requieren para el abatimiento de esta problemática en relación a la salud, pueden ser:

- ✓ Garantizar la cobertura del Seguro Popular hacia los grupos más necesitados con rendición de cuentas a nivel nominal.
- ✓ Intensificar y focalizar las intervenciones en salud para atacar de manera sistematizada el rezago, con incentivos económicos ante el cumplimiento de metas.
- ✓ Garantizar la presencia de personal de salud capacitado en áreas rurales dispersas e indígenas.

5.2.4 Diseño de Políticas en Materia de Salud para el Fortalecimiento de la Política de Desarrollo Social.

El diseño de políticas públicas en salud para fortalecer el desarrollo social y combatir la pobreza y la desigualdad; deberá tener como fundamento que los pobres no gasten de su bolsillo en salud y se tienda a desaparecer el concepto de "Pobreza de Capacidades", a partir de fortalecer el Seguro Popular de Salud en las siguientes áreas:

- ❖ La instrumentación de incentivos económicos y no económicos para atraer y retener personal de salud en áreas rurales dispersas e Indígenas.
- ❖ El estudio sobre la factibilidad económica y organizacional de cambiar la forma de remuneración al personal de salud e introducir pagos por capitación, especialmente en medicina de familia, para asegurar la rendición de cuentas.
- ❖ El fortalecimiento de las acciones en saneamiento básico, drenaje, agua potable y vivienda para población rural e Indígena, así como la instrumentación de un proceso de rendición de cuentas estricto sobre estas acciones para los tres niveles de gobierno.
- ❖ El reforzamiento de los programas de nutrición focalizados.
- ❖ El apoyo de los "Paquetes de beneficios focalizados para atacar el rezago" que incluyan mejoras en la atención de problemas de salud tales como la Infección Respiratoria Aguda, las Diarreas, el Paludismo, el Dengue, la Tuberculosis el VIH-SIDA y los padecimientos relacionados con el rezago epidemiológico que surjan de los diagnósticos de salud de poblaciones marginadas.

5.3 El Fortalecimiento de la Política Laboral a partir de Estrategias del Sector Salud.

Uno de los principales objetivos del ámbito laboral es tornar a la persona en el centro del desarrollo económico y humano, así como cubrir la demanda de trabajo del país; para ello es fundamental que se den las siguientes condiciones: *la consecución de la reforma legislativa en materia laboral con la participación de todos los sectores; la creación de una autoridad laboral promotora, no sólo inspectora y sancionadora; crear una nueva cultura sindical, dejando atrás los privilegios y tratos especiales; y una participación proactiva en el ámbito internacional en lo relativo a aspectos laborales.*³¹

El empleo tiene repercusiones directas sobre los niveles de salud, es de destacar este impacto en la población que vive en condiciones de alta marginación, caracterizada por precarias condiciones materiales de vida y estilos de vida poco saludables; al sumársele la falta de empleo, o bien formas de autoempleo que no están asimiladas al sector formal (situación que los aleja de la seguridad social), se genera una situación de riesgo y vulnerabilidad extrema en donde su salud se puede ver fatalmente amenazada, recordando que el principal y en ocasiones único activo que poseen los pobres es su cuerpo y ante su deterioro, la posibilidad de obtener un empleo remunerado es muy remota y el individuo y su familia quedan inmersos en una trampa de pobreza difícilmente superable.

5.3.1 Situación Actual y Problemática del Empleo y la Salud.

a) Aspectos Internacionales sobre Política Laboral y Salud:

Cuando se procura una mayor inversión en salud, las personas se enferman con menos frecuencia, los trabajadores se ausentan menos y son más productivos, los salarios aumentan y se da mayor inversión extranjera directa. Estas ventajas se deben a un círculo virtuoso que puede ser creado entre el ámbito laboral y el sector salud, sin embargo las condiciones de pobreza y de capacidades del capital humano deteriorado que imperan en las economías en desarrollo, generan que estas sinergias positivas no sean del todo aprovechables. Así es de destacarse que de potenciarse las posibilidades que ofrece la interacción entre estos dos sectores, los impactos a nivel del bienestar y las posibilidades de desarrollo del capital humano de la economía podrían ser considerables.³²

La Organización Internacional del Trabajo, publicó recientemente 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 regiones del mundo. Algunos puntos a destacar al respecto son:³³

³¹ Cfr., 3er informe de labores, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, México, 1 de Septiembre de 2003, Págs. 11, 13 y 14

³² Cfr., Commission of Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development, Report of the Commission on Macroeconomics and Health, WK4: Improving Health Outcomes of the Poor, WHO, 2001.

³³ Tendencias Mundiales del Empleo (Enero 2004), Oficina Internacional de Trabajo, Organización Internacional del Trabajo, Primera Edición, Ginebra, Suiza, 2004.

- ❖ El empeoramiento de la situación del empleo, aumentó el tamaño de la economía informal, lo que incrementa el riesgo de que los trabajadores integrantes de este sector caigan en la "trampa de pobreza".
- ❖ Las secuelas de la recesión mundial reciente, fueron más profundas en América Latina y el Caribe, tanto en pérdida de producción (-0.1% en 2002, 1.6% en 2003) como en pérdida de empleos (TD 9% 2002 y 8% 2003).
- ❖ De acuerdo con la OIT las perspectivas de crecimiento para América Latina fueron alrededor de un 4.2% para 2004, lo que representaría un avance significativo dado el crecimiento económico que presentó la región en 2003, que ascendió a 1.6% .³⁴

Cuadro 13
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 según la región y el 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	2000		2001		2002		2003		2004
(variación % anual)									
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
Tasas de Desempleo Juvenil según 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

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

Entonces, la dinámica laboral internacional indica que sigue existiendo un crecimiento de la población activa pero a tasas decrecientes, debido principalmente a que en el mundo industrializado y no industrializado se está dando un fenómeno que pudiera ser llamado como "crecimiento empobrecedor", en el que la mejoría en el Producto Interno Bruto no se ve reflejada en más y mejores oportunidades de empleo y por tanto, de bienestar para los agentes económicos, sino por el contrario las oportunidades de desarrollo a las que se tiene acceso, son por demás insuficientes. Algunas de las tendencias más representativas al respecto en la Región Latinoamericana son:³⁵

- ❖ En América Latina se incrementó el desempleo en los últimos 10 años en 2.1%, con un máximo de 9% en el 2002, cifra que ha disminuido a 8% para el 2003. Esto significa una tasa de ocupación de 59.3% del total de la población en edad económicamente activa de la región, mismo nivel que guardaba este indicador hace 10 años, dando oportunidad de empleo al mismo número de gente, con

34 Cfr., Ibid., Pág. 4.

35 Cfr., Ibid., Págs. 6-9.

un número de habitantes mayor y sin una tasa de crecimiento de la economía significativa para este periodo.

- ❖ En lo relativo a las divergencias de género y por grupo etáreo, las mujeres jóvenes son quienes sufren las mayores carencias de oportunidades en el ámbito laboral, ya que la tasa de desempleo para ellas, en Latinoamérica fue de 15.9% en el 2003, mientras para los hombres fue de 13% para el mismo periodo; del mismo modo, en el mundo estas tasas fueron de 18.4% y 23.1% respectivamente.

Por lo tanto los principales retos en este rubro para las 31 economías de América Latina son el fenómeno de la informalidad y el subempleo, además de la disparidad de oportunidades por género y edad; por lo que la situación para sectores poblacionales sumidos en la marginalidad no es muy prometedora.

b) Problemática del Empleo en México:

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 alcista. Para este mismo periodo se redujo la proporción de trabajadores que reciben menos de uno y entre uno y dos salarios mínimos, en 3.1 y 2.4 puntos porcentuales, respectivamente; por otro lado, la población que recibe 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 2000.³⁶

Cuadro 14

Series de Desempleo Abierto y Porcentaje de Población en Localidades de más de 15,000 habitantes por Entidad Federativa para el Año 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: Guía de conceptos, uso e interpretación de estadística sobre fuerza laboral en México, INEGI, 2002

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, así un poco más del 50% de las familias que reciben uno o dos salarios mínimos al mes, que en 2004 fue de \$43.297 pesos por día, tendrán un

36 Cfr., 3er informe de labores, Secretaría del Trabajo y Previsión Social..., Op. Cit., Pág. 18.

ingreso en un rango de \$1,298.91 a \$2,597.82 pesos al mes, lo cual resulta insuficiente para mantener a una familia compuesta de 2 a 5 integrantes, si se analiza el rango de 2 a 5 salarios mínimos, el ingreso que resulta es insuficiente para cubrir necesidades de educación, salud y vivienda al 100%; \$6,494.55 pesos al mes.

Cuadro 15
Indicadores Seleccionados de Empleo y Desempleo
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	3.9	3.6	4.3
Población Desocupada Abierta Por:	2002			2003			1T-2004		
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.

El desempleo abierto tiene impactos en la salud de la población, ya que en el periodo en el que los trabajadores se encuentran desempleados, las posibilidades de cubrir las necesidades de los hogares son mínimas, lo que representa un deterioro inmediato del bienestar de la familia y por ende de su estado de salud, porque aumenta el riesgo de enfermarse, debido a la falta de satisfactores básicos.

Cuadro 16
Distribución de la Población Ocupada
2002, 2003 y 1° Trimestre 2004

Distribución % de la Población Ocupada Por:	2002	2003	1T-2004
Rama de Actividad.			
Agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca	0.8	0.9	0.9
Industria extractiva y de electricidad	0.8	0.8	0.8
Industria de la Transformación	20.1	19.6	19.5
Construcción	5.9	5.9	5.9
Comercio	21.7	22.1	22.0
Servicios	37.9	38.1	38.2
Comunicaciones y Transportes	6.5	6.5	6.5
Gobierno	6.0	5.9	6.0
Ocupados en los Estados Unidos	0.3	0.3	0.2
Nivel de Ingreso			
Menos de 1 salario mínimo	6.0	6.9	7.5
De 1 hasta 2 salarios mínimos	22.3	22.4	22.2
Más de 2 y hasta 5 salarios mínimos	47.3	46.0	44.8
Más de 5 salarios mínimos	15.7	14.9	13.9
No recibe ingresos	4.2	4.2	4.4
No especificado	4.6	5.6	7.2

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo Urbano (Abril 2004), Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), www.inegi.gob.mx.

El desempleo entre la población en México obviamente atañe al sector salud, y al estado de salud de la población, ya que si no se procura una inversión continua en

el capital humano (principalmente jóvenes - bono demográfico) la pérdida económica puede resultar cuantiosa e irreparable.

5.3.2 Los Costos y Beneficios de la Alineación y Convergencia entre la Política Laboral y la Política Salud.

a) Costos de la falta de empleo de calidad con seguridad social:

Con la falta de empleos formales se genera una situación de riesgo y vulnerabilidad extrema la salud del capital humano de la economía, tanto en forma inmediata como en el futuro, ya que población sin empleo formal, al envejecer de forma no saludable y al no tener garantizada atención médica, tenderá a la enfermedad mal atendida, el empobrecimiento por pagar una atención médica incompleta y la muerte anticipada; o a generar enormes erogaciones del Gobierno para atender las demandas de atención médica de la población anciana sin seguro.

Por ende, el beneficio de una política de aseguramiento universal, en donde se apoyen estrategias como el Seguro Popular de Salud, es que la brecha entre la carga de enfermedad entre poblaciones aseguradas y no aseguradas podría irse reduciendo y junto con ellas el costo de atención del rezago y la marginación.

b) Costos sobre la economía de una epidemia que afecte el mercado laboral:

Los problemas generalizados de salud en una sociedad, como por ejemplo la epidemia del SIDA, pueden generar efectos catastróficos sobre el empleo y la dinámica económica; la salud se valora como insumo de la fuerza laboral, y por otro lado, la salud se valora como producto, al generarse riqueza a través de los procesos productivos, lo que posibilita fomentar una continuidad en la inversión en el stock de salud de la población, como herramienta de manutención del mayor activo de la mano de obra de la economía, su cuerpo.

El no realizar esta inversión continua en el stock de salud, puede implicar incurrir en costos a nivel individual y colectivo, obstaculizando las posibilidades de desarrollo, crecimiento de la economía y que esto genere retraso, miseria y peores condiciones de salud.

5.3.3 Líneas de Acción para el Fortalecimiento de la Política Laboral a partir de Estrategias del Sector Salud.

Uno de los principales objetivos del ámbito laboral debe ser generar las suficientes fuentes de empleo, propiciando condiciones para la productividad del capital humano, lo que sólo se logra con empleos de calidad que le otorguen al trabajador y a su familia una protección ante riesgos de trabajo, enfermedades y accidentes. Así, las líneas de acción que sobresalen son 5:

a) La promoción del empleo formal de calidad y la protección integral del trabajador por medio de la seguridad social.

- b) La generación de nuevos instrumentos para la formalización del trabajo (i.e. Seguro Popular).
- c) La sinergia Política de Salud – Política Laboral para atacar el desempleo abierto (acciones en salud y de la capacitación, como mecanismo que facilita que los trabajadores adquieran habilidades nuevas o mejoren las que tienen)
- d) La generación de empleos de calidad para los discapacitados y enfermos crónicos (protección social integral, para la población que presenta niveles de vulnerabilidad altos)
- e) El fortalecimiento del Seguro de Riesgos de Trabajo (consolidar una cultura de prevención que genere un entorno laboral saludable).

5.3.4 Diseño de Políticas en Materia de Salud para Fortalecer la Política Laboral.

El diseño de políticas públicas en salud para fortalecer la Política Laboral y combatir la informalidad y exclusión al trabajo; deberá tener como requisito que el Seguro Popular de Salud no sea un instrumento que se contraponga a la formalización de la economía; y que por el contrario, deliberadamente contribuya en forma significativa al mejoramiento de la calidad del Capital Humano para el empleo productivo bajo los siguientes fundamentos:

- ❖ El diseño de formas innovadoras de utilizar al Seguro Popular de Salud como un medio costo efectivo para proteger en salud a población con calidad de empleo deficiente y diseñar junto con la Secretaría del Trabajo, procedimientos para la formalización paulatina del empleo, a partir de la incorporación al Seguro Popular de Salud.
- ❖ La promoción y fomento de empleo de calidad a personas con capacidades diferentes, a enfermos crónicos y a personas de la tercera edad.
- ❖ La maduración y consolidación de un Seguro de Riesgos de Trabajo moderno que reconozca económicamente la prevención y premie a las empresas que presentan baja siniestralidad.
- ❖ El combate a las estrategias de subdeclaración, elusión y evasión del trabajo formal.
- ❖ Replantear la estrategia de seguridad social en el país, analizando la pertinencia y las ventajas y desventajas de integrar a toda la población en un esquema de aseguramiento nacional similar al de los países desarrollados, que incluya nuevas reglas de juego, otra estructura orgánico funcional de la Administración Pública para su manejo y nuevos seguros como el de desempleo.
- ❖ El Sector Salud deberán estar activamente presente 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.

5.4 El Fortalecimiento de la Política Educativa a partir de Estrategias del Sector Salud.

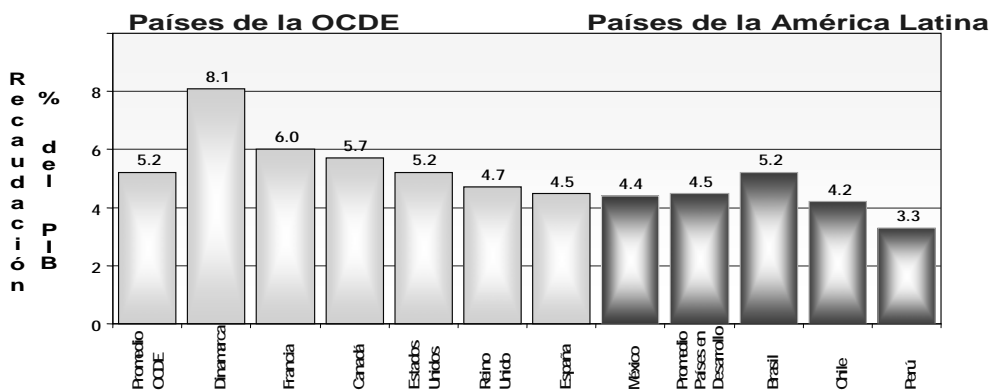
5.4.1. Situación Actual y Problemática de la Educación.

Evaluar el éxito o fracaso de la política educativa resulta por demás complicado, en comparación con otros indicadores económicos, ya que su evolución se da con mayor lentitud, así se hable de políticas en la materia o de indicadores en los que se mida el desempeño del mercado de servicios educativos, esto debido a que decisiones relativas a cuestiones educativas pueden tomar de 5 a 10 años o hasta una generación entera para mostrar sus frutos.³⁷

a) La perspectiva internacional en torno a la educación:

México presentó un "Gasto Público en Educación como % del PIB" de 4.4 puntos, lo cual es inferior en 0.8 puntos al promedio de lo ejercido en países de la OCDE y está muy por debajo de lo que destinan países de América Latina como Brasil.

Figura 22
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.

Los países de América Latina y el Caribe destinan aproximadamente el 4% del Producto Interno Bruto en promedio a la educación.³⁸ En años más recientes México presenta un cierto avance en sus indicadores educativos, tal es el caso del Gasto Público por Estudiante como % del PIB per Cápita para estudios de nivel primaria, que se elevó de 8.6% en la década de los noventa a 11.8% a principios del 2000.

A su vez, se observan mejoras en todos los indicadores educativos del país de la década de los noventa a principios del 2000. De ahí se observa que, 78% de la población escolar en México se encuentra en nivel primario y secundario, mientras que la educación terciaria (media superior y superior) representa el 18% de la

³⁷ Cfr., Panorama Educativo: Indicadores de la OCDE, Edición 2003, OCDE, Versión 2003 (Resumen).

³⁸ Cfr., Ibid., Pág. 9.

matrícula y los servicios de capacitación laboral ocupan el restante 4%; por otro lado, 71% de la matrícula total asiste a servicios prestados por el Estado.³⁹

Cuadro 17
Insumos Educativos 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 Maest 2001 / 2002
	Primaria		Secundaria		Terciaria			
	1990/1991	2001 / 2002	1990/1991	2001 / 2002	1990/1991	2001 / 2002		
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.

Destaca el hecho que México destinó entre 2001 y 2002 el 22.6% del gasto público total a la educación. En dólares de 1997, el gasto social per cápita anual en educación, para México alcanzó los 190 dólares para el 2001, mientras la Argentina dedicó 385 dólares y Nicaragua 28 dólares per capita a este rubro, lo que ubica jerárquicamente a México como la quinta economía en gasto per cápita en educación en Latinoamérica.⁴⁰ Ahora en términos de PIB, Cuba es quien lleva la delantera con un 8.5% de inversión en educación, México por su parte dedica un módico 4.4% a este rubro contra un 4.1% del PIB de América Latina en promedio, ambos contrastan con el promedio de la OCDE 5.5% del PIB.⁴¹

Según la CEPAL, 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 el 40% de los niños no terminan la escuela primaria, lo que los hace proclives a no alcanzar el nivel educativo requerido para superar la condena de la pobreza.⁴²

b) La problemática Educativa en México:

En el año 2000 persistían condiciones de desigualdad entre la población de altos y bajos ingresos, que se manifestaban en un acceso y permanencia desigual en la educación.

39 Cfr., Estadísticas Educativas del Ciclo Escolar, Op.Cit., Pág.11.

40 Cfr., Ibidem

41 Cfr., Panorama Educativo: Indicadores de la OCDE, Op.Cit., Pág.13.

42 Cfr., Ibidem

Cuadro 18 La Educación en México

Niños en Edad de Entrar a Primaria	
<p style="text-align: center;">Altos Ingresos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% entran a la escuela. ▪ 97% terminan la primaria. ▪ 93% entran a la secundaria. <ul style="list-style-type: none"> ▪ (83% terminan este nivel educativo.) ▪ 72% asiste a nivel medio superior (18 a 20 años) 	<p style="text-align: center;">Bajos Ingresos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 92% entran a la escuela. ▪ 76% terminan la primaria. ▪ 47% entran a la secundaria. <ul style="list-style-type: none"> ▪ (29% terminan este nivel educativo.) ▪ 24% de hombres y 21% de mujeres asiste a nivel medio superior (18 a 20 años)

Fuente: Programa Nacional de Desarrollo Social 2001 - 2006

Debido al fenómeno demográfico de la desaceleración de la tasa de natalidad que ahora guarda niveles de alrededor de 1.7%; se presentarán dos tendencias que afectarán la evolución del sector educativo, en los años venideros:

- a) La reducción de la población menor de quince años y el correlativo incremento de la población en edad laboral, entre 15 y 64 años, así como de los mayores de 65 años; o sea, el bono demográfico cuyos efectos son:
 - ❖ La población en edad preescolar, se verá disminuida en una proporción significativa, como de hecho ocurre en la actualidad, ...desde la primera mitad de la década de los años 90, pasando de 13.6 millones, en 1995, a 12.9 millones en 2000.
 - ❖ Alrededor de 20 millones de personas asisten en la actualidad a primaria y secundaria y se prevé que sea hasta el 2005 que empiece a declinar este número de alumnos.
 - ❖ La población que demandará cursar estudios posteriores a la enseñanza básica, de 15 a 24 años, se estima en alrededor de 20.3 millones, y se espera que continúe aumentando hasta 2010, cuando habrá alcanzado un máximo histórico estimado en 21.2 millones.⁴³
- b) El aumento del número de localidades pequeñas, dispersas en el territorio nacional.

Resulta relevante observar que para el año 2002, según mediciones de la Secretaría de Desarrollo Social, hogares en los que se presentaba una situación de "Pobreza Alimentaria", se detectaron avances en todos los indicadores, con mejoras que oscilaban entre 2 y 6 puntos porcentuales; siendo muy relevantes las mejoras logradas en la reducción del porcentaje de niños que trabajan de edades de 12 a 15 años, los cuales se redujeron de 18.7% en el año 2000 a 6.6% en el 2002.

43 Cfr., Estadísticas Educativas del Ciclo Escolar , Op.Cit., Pág. 28

Cuadro 19
Características Educativas de la Población en Pobreza
Alimentaria. Avances a 2002

Edad	Composición de las Características Educativas de la Población en Pobreza Alimentaria		
		2000	2002
iii	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 %
ii	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) País: 1 a 4

Otro indicador que resultó con mejoras cuantiosas en la población en "Pobreza Alimentaria" fue la reducción de mayores de 15 años que presentaban situación de "Educación Primaria Trunca", los cuales se redujeron de 55.9% en 2000 a 48.8% en 2002.

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 financiamiento para la educación representó para el 2003 un 6.8% del PIB, lo que se distribuye vía la SEP se ejerce por ella misma y por los estados de la federación, 5.5% del gasto es público y 1.3% es privado. Con estos incrementos se logra alcanzar el nivel de Gasto Público en Educación promedio en la OCDE.

5.4.2 Costos y Beneficios de la Alineación y Convergencia entre la Política Educativa y la Política Salud.

a) Principales Áreas de Alineación y Convergencia entre Educación y Salud:

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. Adicionalmente, 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.⁴⁴

La salud es una variable endógena del desarrollo del capital humano, lo que la vuelve insumo y producto de una adecuada procuración del capital humano en pro de la productividad, aquí es donde la convergencia entre estos dos sectores resulta por demás clara, ya que el ingreso y la riqueza de los hogares se tornan en la restricción presupuestal de la demanda por mayores niveles de salud y

44 Cfr., Donald J. Robbins; Gender, Human Capital and Growth: Evidence from 6 Latin American Countries, OECD Development Centre, September 1999, Pág. 6,7.

educación, de modo que las valuaciones futuras que en el hogar se tengan respecto a las posibilidades de generación de ingresos y de contar con un estado de salud óptimo, es lo que moldea las potenciales capacidades del futuro capital humano de la economía*. De ideas como esta es que se delinea la estrecha relación que guardan estos dos componentes fundamentales del capital humano, y como una alineación entre el curso de acción de estas dos políticas puede redundar en un cambio estructural positivo para las perspectivas de la economía mexicana.

Un nivel de educación apto para la realización de actividades productivas en un contexto de mercados altamente competitivos y globalizados, en conjunto con un stock de salud optimizado, son pilares para el desarrollo y crecimiento humano de la economía y través de la inversión continua en estos factores se maximizan las economías a escala en los mercados, con lo que, además se combate la incidencia y prevalencia de la pobreza, impactando el potencial de toda la economía. La educación no sólo contribuye a la productividad mediante el mejoramiento del capital humano, sino además tiene una función cívica y liberadora.⁴⁵

Para ello, como se revisó en la primera sección de este documento es necesario hacer crecer la base tributaria para contar con los recursos necesarios, para que pueda darse el óptimo social en servicios educativos y de salud, bajo principios de progresividad fiscal y de redistribución de los recursos en búsqueda de un mayor bienestar social; así pues el mecanismo de orden fiscal para conseguir esta alineación de la utilidad social que cierta combinación de servicios de salud y de educación arroja, debe buscar financiarse con impuestos que en primer lugar, minimicen las distorsiones que éstos generan sobre la actividad económica y, en segundo lugar que tengan un efecto redistributivo.

b) Principales Costos de la Sinergias Salud – Educación:

Los costos de la demanda por servicios educativos, es un indicativo de lo que implican las carencias en este sector, que dada su estrecha relación con las posibilidades del capital humano, si es que no se alinea con los objetivos de la política de salud, genera externalidades negativas que impactan directamente la calidad y la cantidad del capital humano de la economía

...Así entre los factores que influyen en el aspecto de calidad destacan el costo directo de la educación y de la salud, así como el inverso de los retornos de la educación (precio negativo); por el lado de la cantidad deben considerarse como factores que afectan al precio los costos de manutención al criar un hijo, el precio (negativo) de los salarios de un menor (particularmente en zonas rurales y en la economía informal) y el costo de oportunidad de la madre por no laborar, notablemente los sueldos y salarios que pudieran generar en el sector formal...⁴⁶

* Cfr., Modelo de Capital Ampliado (Becker, 1995).

45 Cfr., Panorama Educativo: Indicadores de la OCDE, Edición 2003, OCDE, Versión 2003, Pág. 4.

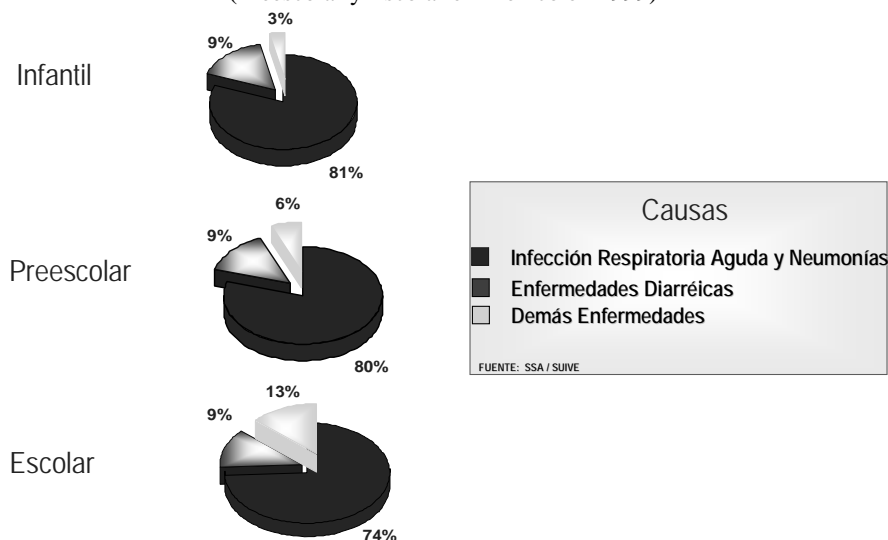
46 Cfr., Financiamiento y Gestión de la Educación en América Latina y el Caribe..., Op.Cit., Pág. 10.

Un elemento de importancia para medir la disponibilidad a realizar mayores inversiones en capital humano es el salario mínimo a edades tempranas, ya que el costo de oportunidad de invertir en mayor educación se puede ver incrementado si estos salarios son lo suficientemente altos, o en sentido contrario si este costo de oportunidad es bajo, los incentivos para conseguir un mayor grado de escolaridad son mayores, en búsqueda como se decía al principio de mayores posibilidades de ingreso.⁴⁷

En cuanto a costos directos, el financiamiento público para la provisión de servicios educativos ha sido el medio más común para impulsar la educación post-obligatoria en los países de OCDE, en donde existen naciones europeas en las que cerca del 100% de la educación esta subsidiada públicamente, en Estados Unidos de Norteamérica este porcentaje disminuye a algo menos del 50% y en México este porcentaje esta por debajo del 20%.

Por otro lado algunos costos indirectos se pueden reflejar a través de la carga de enfermedad que el ámbito educativo representa para el sector salud, esto es:

Figura 23
Principales Causas de Enfermedad en Población Infantil, Como Costos de la Alineación entre la Política de Salud y Educativa.
(Preescolar y Escolar en México en 1999)



c) Beneficios recientes en México:

México ha logrado mejorar en forma sistemática todos los indicadores para monitorear el progreso educativo del país.

47 Cfr., Ibid, Págs. 8-13.

Cuadro 20
Beneficios de la Alineación y Convergencia entre la
Política Educativa y de Salud (Indicadores Seleccionados)
1990 / 1991 – 2001 / 2002

Gasto Público por Estudiante % PIB per Cápita						Gasto Público en Educación Como % del Gasto Público.	Maestros Capacitados a Nivel Primaria % del Total	Tasa Alumnos- Maestro Nivel Primaria Alumnos X Maest.
Primaria		Secundaria		Terciaria				
1990 / 1991	2001 / 2002	1990 / 1991	2001 / 2002	1990 / 1991	2001 / 2002	2001 / 2002	2001 / 2002	2001 / 2002
3.5	11.8	8.3	13.8	23.6	45.2	22.6	-	27

Tasa de Escolarización Bruta % del Grupo de Edad Relevante.						Tasa de Escolarización Neta % del Grupo de Edad Relevante				
Preescolar	Primaria		Secundaria		Terciaria	Secundaria		Terciaria		
2001 / 2002	1990 / 1991	2001 / 2002	1990 / 1991	2001 / 2002	1990 / 1991	2001 / 2002	1990 / 1991	2001 / 2002	1990 / 1991	2001 / 2002
75	114	110	53	73	15	20	100	99	45	58

Cantidad de Alumnos Admitidos en 1° Grado como % del Grupo de Edad Relevante		Alumnos que Alcanzaron El 5° Grado como % de Estudiantes de 1° Grado				Tasa de Terminación a Nivel Primaria como % de Edad Relevante			Repetidores a Nivel Primaria como % de Inscripción		
Hombres	Mujeres	Hombres		Mujeres		Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
2001 / 2002	2001 / 2002	1990 / 1991	2001 / 2002	1990 / 1991	2001 / 2002	2001 / 2002	2001 / 2002	2001 / 2002	2001 / 2002	2001 / 2002	2001 / 2002
110	110	81	88	82	89	96	96	97	5.5	6.5	4.4

Tasa de Alfabetización Adulta % de 15 años en adelante				Tasa de Alfabetización Juvenil % de 15.24 años				Años de Escolaridad Esperados			
Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
1990 / 1991	2001 / 2002	1990 / 1991	2001 / 2002	1990 / 1991	2001 / 2002	1990 / 1991	2001 / 2002	1990 / 1991	2001 / 2002	1990 / 1991	2001 / 2002
91	93	84	89	96	97	94	96	-	12	-	11

Finalmente, es posible que los mecanismos de valorización del capital humano en salud y educación posibiliten el acceso a mejores niveles de empleo y esto genere un multiplicador de bienestar social. Así, si se consiguiera a través de estos mecanismos de alineación y convergencia, dotar física e intelectualmente a los agentes económicos, con mayor énfasis a los pobres, con los recursos necesarios para un desarrollo productivo y competitivo, educando no sólo en aspectos técnicos de los requerimientos laborales, sino, incluyendo la relevancia de un estado de salud adecuado se podría aspirar a un nivel de bienestar sustentable y sostenible en el tiempo, para una mayor proporción de la población.

5.4.3 Líneas de Acción para el Fortalecimiento de la Política Educativa a partir de Estrategias del Sector Salud

La educación es un bien que genera alta externalidad positiva y es uno de los principales determinantes del nivel de salud de la población, a partir de esta idea, las principales líneas de acción para fortalecer la sinergia educación-salud deberán centrarse en:

- Apoyar la elevación del nivel educativo, sobre todo de las niñas.
- Mancomunar las actividades de educación salud integrando en las escuelas centros de salud que otorguen sistemáticamente un paquete de servicios por grupo etáreo.
- Desarrollar la Educación para la Salud.

5.4.4 Diseño de Políticas en Materia de Salud para el Fortalecimiento de la Política Educativa.

El diseño de políticas públicas en salud para fortalecer el sistema educativo; deberá tener como requisito que el Seguro Popular de Salud y los diferentes esquemas de aseguramiento público en salud, hagan explícito un paquete de beneficios por grupo etáreo y se comprometan a instrumentar y financiar de manera conjunta un “Nuevo Modelo de Atención a la Salud en las Escuelas”, con los siguientes componentes:

- ❖ 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.
- ❖ El establecimiento de un “Paquete de Beneficios en Salud por Grupo de Edades y Género” homogéneo para todas las personas que asistan a un centro educativo.
- ❖ La identificación nominal por alumno de qué institución de salud es la responsable de su aseguramiento: ya sea IMSS, ISSSTE o Seguro Popular y el establecimiento de un programa concertado con dichas instituciones para que éstas apoyen tanto el financiamiento como la provisión de servicios.
- ❖ La organización de las autoridades de la familia con los enlaces del sector salud y los padres de familia para el mejoramiento de la salud de los estudiantes y el desarrollo de la escuela como un centro promotor de salud.
- ❖ La transformación del consultorio de enfermería de las escuelas en un Centro de Salud en donde sistemáticamente se de el monitoreo de la salud y se otorgue el “Paquete de Beneficios” estipulado.
- ❖ La instrumentación de un “Programa de Certificación de Escuela Limpia”, en donde se garantice que en los centros educativos no falten los mínimos indispensables para procurar cotidianamente salud e higiene y especialmente se garantice la limpieza de los baños.
- ❖ El mejoramiento de los temas de salud en los libros de texto y la inclusión de temas sobre: autocuidado, estilos de vida saludable, combate a las adicciones y educación sexual, entre otros.
- ❖ Instrumentar acciones específicas en materia de combate a la violencia, adicciones, enfermedades de transmisión sexual y embarazo en adolescentes.
- ❖ Diseñar, operar y evaluar un nuevo sistema de información para monitorear tanto indicadores de estructura, como de proceso, resultado y comportamiento sobre el estado de la salud de los estudiantes en México.
- ❖ Establecer un proceso de rendición de cuentas por escuela en materia de la Salud de los Estudiantes.

5.5 El Fortalecimiento de la Política Ambiental a partir de Estrategias del Sector Salud.

El término "Salud Ambiental" se refiere a la teoría y práctica de corregir, controlar y prevenir aquellos factores en el ambiente que pueden afectar adversamente la salud de generaciones presentes y futuras. Asimismo, 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...⁴⁸ 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...⁴⁹

5.5.1 Situación Actual y Problemática del Medio Ambiente y la Salud.

a) La Problemática Ambiental del Mundo:

Se observa que en los noventa creció el número de episodios climáticos o atmosféricos extremos a más de dos mil episodios, en los que fallecieron más de seiscientos mil personas y más de mil ochocientos millones de personas fueron damnificadas.

Cuadro 21
 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

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

49 Cfr., Ibid., Pág.6

Otra área relevante de la problemática ambiental, es la contaminación y escasez del agua a nivel mundial; se observa que una acción fundamental para los países es eficientar e intensificar el tratamiento de las aguas contaminadas, ya que sólo el 2.5% del agua dulce del planeta está disponible para consumo humano. Sin embargo, se observa que en África el tratamiento de aguas contaminadas por procesos efectivos es de 0%, un 35% en Asia, 14% en América Latina, 90% en Norte América y 66% en Europa.⁵⁰

Por otro lado, la urbanización de las economías del orbe 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 4.5 billones en el 2025⁵¹, esto significa que la demanda por servicios básicos, entre ellos el servicio de agua potable, se verá significativamente incrementada, por lo que se tienen que diseñar programas de drenaje, entubado y tratamiento de aguas, suficientes para cubrir las necesidades de estas megaurbes, de lo contrario el consumo masivo de agua puede desestabilizar el equilibrio del ecosistema con graves consecuencias para la salud.

Otro aspecto relevante para la sustentabilidad de los recursos acuíferos es que se observa 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 a estos usuarios en potencia, 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.⁵²

b) La Problemática Ambiental en México:

México es un país muy importante para la conservación del ambiente y la biodiversidad del mundo.

Cuadro 22
La 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

50 Cfr., Ibid., Pág. 12.

51 Cfr., Ibidem.

52 Cfr., Cfr., Cambio climático y salud humana - Riesgos y respuestas..., Op. Cit., Pág. 16.

Cuadro 23
 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 (NOM-059-ECOL-1994) □ 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 con 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

De este modo, es muy importante que se incluyan a la problemática ambiental los siguientes aspectos:

- ❖ El cambio del uso de suelo, la sobreexplotación del suelo genera que se empobrezca y pierda sus cualidades, complicando la producción alimentaria.
- ❖ Alteración y fragmentación de la biodiversidad animal y vegetal, ya que imposibilita la sustentabilidad ecológica de la economía. En México se estima que el 18% de las masas vegetales se encuentran en esta situación.
- ❖ Baja disponibilidad del agua, se estima en 4,685 m³ / habitante / año. Cuando esta disponibilidad es menor a 1700 m³ / habitante / año, se considera una situación de estrés hídrico, lo que puede implicar un desabasto importante. En México existen 30 millones de personas en estrés hídrico, lo que repercute significativamente en su estado de salud.
- ❖ La cobertura del agua potable alcanzó en el 2000 al 88% de la población, sin embargo cuando se trata de comunidades rurales sólo el 64% de estas cuenta con este servicio básico para el adecuado desarrollo del capital humano.
- ❖ Por último es importante prestar atención a la contaminación del aire, pero no sólo del aire en espacios abiertos con fenómenos como emisiones excesivas de Dióxido de Carbono o el efecto invernadero, sino, prestando especial atención al ambiente inmediato, dentro de los hogares y prevenir desde un marco de atención básica en salud la regeneración de enfermedades estrechamente relacionadas con la pobreza y la marginación dentro de los hogares.

Por otro lado, la asignación de recursos para el mejoramiento ambiental es muy bajo. 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.⁵³ El escaso financiamiento ambiental se expresa en el PIN ajustado ambiental (Cuadro 24), en tanto que el Producto Interno Neto Ecológico "PINE" mide las repercusiones del proceso económico en los recursos naturales y el medio ambiente.

Cuadro 24
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

Finalmente, se puede decir que, la degradación ambiental en México amenaza el 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 los siguientes campos: agua, aire, biodiversidad y recursos forestales Y las actividades productivas que más contribuyen a este problema son la agricultura, ganadería, industria y turismo, así como el desordenado proceso de desorganización y el deficiente manejo de los recursos energéticos.

5.5.2 Los Costos y Beneficios de la Alineación y Convergencia entre la Política Ambiental y la Política Salud.

Las principales áreas en donde se pueden encontrar sinergias y se pueden obtener beneficios sustanciosos entre la política ambiental y la política de salud son:

- ❖ Cambio climático, contingencias y desastres.
- ❖ Contaminación ambiental en espacios cerrados y salud.
- ❖ Saneamiento básico y agua potable.
- ❖ Ambiente saludable: Contaminación atmosférica y contaminación del hogar.
- ❖ Salud, conservación de especies y biodiversidad.
- ❖ Medición del PINE: La gran importancia de la existencia del PINE, sugiere la generación de un "Producto Interno Neto Saludable" que incorpore el ajuste o deducción correspondiente. Esto permitiría un gran avance en cuanto a la información disponible para la asignación de presupuesto a cada sector y para

53 Cfr., Prioridades en el Reforzamiento de la Capacidad, de Gestión Ambiental en México, Comisión para la Cooperación Ambiental, Junio de 2001.

el diseño y ejecución de políticas dirigidas a problemas concretos. Podríamos estimar qué tan rentable es, considerando la pérdida de productividad del capital humano, reforzar los programas de prevención de enfermedades específicas (como la diabetes).

a) Costos resultantes de la degradación ambiental:

Los impactos resultantes de tragedias ambientales reducen los beneficios sociales y económicos esperados y transfieren costos ocultos al sector salud. Los beneficios económicos de los proyectos ambientalistas, se reflejan inmediatamente, mientras que los impactos negativos en el medio ambiente se manifiestan en plazos mayores al contrario de lo que ocurre en los sectores "reales" de la economía, en donde los costos sociales toman presencia en el corto plazo, mientras que los beneficios sociales regularmente tardan más en propagar sus efectos.

El impacto de la contaminación en lugares cerrados, al igual que la contaminación de espacios abiertos, guarda un valor intrínseco para la salud pública, ya que la exposición a ella es continua y por lo general prolongada, lo que incrementa significativamente el riesgo hacia la salud de los integrantes del hogar.

El papel que para la salud de la población significa el agua ha sido minimizado, de esta forma se ha prestado mayor atención a la transmisión de enfermedades por este medio, que a su utilización como un vehículo preventivo para la salud. Así pues, 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, y son estos dos recursos los que potencian las posibilidades de crecimiento de cualquier economía.⁵⁴

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, que principalmente afectan a menores. Un claro ejemplo de esto a nivel mundial es la diarrea, que aún representa 2.2 millones de muertes anuales, donde 90% de éstas se dan entre los niños de países en desarrollo.⁵⁵

Por otro lado, el agua es de primera importancia para aspectos alimentarios, ya que la desnutrición afecta aproximadamente a 20%, o sea, 800 millones de personas en el mundo en desarrollo, esto juega un rol de determinante en la susceptibilidad de los pobres ante enfermedades contagio-infecciosas transmitidas por alimentos y agua.

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*

54 Cfr., Water for Health: Taking Charge, World Health Organization (WHO), Geneva, 2001, www.who.org , fecha de consulta: 01/06/2004, Pág. 5.

55 Cfr., Ibid., Pág. 6.

*generación de insumos y sustancias para generar nuevos medicamentos en el sector salud.*⁵⁶

Cuadro 25
Magnitud de la Degradación Ambiental

Degradación Ambiental
<ul style="list-style-type: none">□ El deterioro ambiental se estima sumando los costos de agotamiento de recursos naturales y el costo de la degradación :□ Estos costos se deducen de los datos de contabilidad nacional y se construye el <i>Sistema de Cuentas Económicas y Ecológicas de México (SCEEM)</i> a fin de estimar el Producto Interno Neto Ecológico (PINE).
Substancial Costo Económico de la Degradación Ambiental
<ul style="list-style-type: none">□ Pérdida promedio anual del PIB entre 1985 y 1996 de 2.31% por costos de agotamiento□ Pérdida promedio anual del PIB entre 1985 y 1996 de 8.98% por costos de degradación,□ Pérdida promedio anual del PIB entre 1985 y 1996 de 11.30% en total que a precios promedio de 1998 resultaron en 15,462 millones de dólares anuales. <p>(Sanginés A. Pobreza y Medio Ambiente en México. Teoría y Evaluación de una Teoría Pública. México 2003, pag. 4).</p>

5.5.3 Líneas de Acción para el Fortalecimiento de la Política Ambiental a partir de Estrategias del Sector Salud.

a) Fortalecimiento del Programa de Contingencias y Desastres:

Las vías por las que el cambio climático afecta a la salud humana y por ende uno de los mecanismos mediante el cual se pueden potenciar los beneficios que un medio ambiente "saludable" tienen en el capital humano, pueden entenderse a través de la vulnerabilidad de una población que depende de factores como:

- ❖ La densidad demográfica.
- ❖ El grado de desarrollo económico.
- ❖ La disponibilidad de alimentos.
- ❖ El nivel y la distribución de los ingresos.
- ❖ Las condiciones ambientales locales.
- ❖ El estado previo de salud.
- ❖ La calidad y disponibilidad de la atención sanitaria pública.

Son precisamente estos factores los mecanismos del cambio estructural necesarios para revertir los efectos nocivos del desenvolvimiento humano en el medio ambiente, con un uso racional de los recursos para lograrlo.

b) El Impulso a un Programa de Aire Limpio en Lugares Cerrados:

La utilización de combustibles más limpios y eficientes, como la electricidad y el gas, dadas las condiciones económicas de vida y de salud insuficientes e inequitativas, traza un campo aún inexplorado en cuanto a los determinantes de la

⁵⁶ Cfr., *Ibid.*, Págs. 6-10.

salud de la población pobre, agregándose un elemento por demás significativo, la baja calidad del aire y ambiente en el que se reside.

La reducción de la utilización de combustibles de biomasa, a través del equipamiento de los hogares con estufas y sistemas de calefacción de ciclo mixto, fundamentados en gas natural, gas de petróleo licuado o electricidad, para conseguir la prevención de los padecimientos relacionados a la contaminación del hogar, es factor fundamental en cuanto a las consecuencias que la exposición a estos factores puede tener en la salud.⁵⁷

c) El Fortalecimiento del Acceso a Agua Potable y el Tratamiento de Aguas Residuales

Una intervención sencilla como el informar a la población que el lavarse las manos con agua y jabón, podría reducir la incidencia de la mortalidad por diarrea hasta en un 35%, pero el reto real radicaría en la provisión de este vital líquido a la población que no cuenta con él, por lo que es necesario fortalecer el tratamiento y potabilización del agua, combinando esto con un nuevo enfoque para aminorar los riesgos a la salud, que la contaminación del agua acarrea.

Tres elementos son de gran importancia para potenciar las sinergias positivas que pueden existir entre una administración y utilización del agua y la salud: "Agua de calidad su provisión y administración, un estado de salud adecuado, saneamiento e higiene y condiciones de vida dignas".⁵⁸

5.5.4 Diseño de Políticas en Materia de Salud para el Fortalecimiento de la Política Ambiental.

El diseño de políticas públicas en la materia; deberá tener como fundamento a las acciones de Salud Pública y Regulación Sanitaria, incluyendo una reformulación del apoyo a los "Bienes Públicos" que incluya los siguientes componentes:

- ❖ Intensificar que la potabilización y acceso a agua limpia dentro del hogar.
- ❖ Cambio estructural en el tratamiento de la basura.
- ❖ Desarrollo de vivienda libre de contaminantes en espacios cerrados promoviendo el uso de energía que no contamine a la salud.
- ❖ Avance en la reglamentación sobre penalizaciones en materia de contaminación ambiental y degradación del medio ambiente.
- ❖ El desarrollo de nuevas metodologías para evaluar daños en salud, daños ambientales y economía; integrando al Producto Neto Ecológico los efectos derivados de la carga de enfermedad, medida a través de los AVISA.
- ❖ La prevención y mejoramiento de la eficiencia en la atención a contingencias ambientales.

⁵⁷ Cfr., Ibid., Pág. 49.

⁵⁸ Cfr., Ibid., Pág. 9.

5.6 Fortalecimiento de la Política Externa y Desarrollo Turístico a partir de Estrategias del Sector Salud.

5.6.1 Situación Actual y Problemática del Sector Externo, el Turismo y la Salud.

a) La Globalización y la Salud Internacional:

El enfoque moderno de la salud internacional, debe partir de la base de la existencia de "Bienes Públicos Globales" de la salud, los que se pueden ver afectados por 3 elementos:

- ❖ Las pandemias, es decir las enfermedades que pueden propagarse sin respetar fronteras geográficas, induciendo a la cooperación internacional aprovechando las economías de escala. Las pandemias pueden llegar a producir externalidades negativas extremas que pueden generar una catástrofe de corto, mediano y largo plazo arruinando a un país.
- ❖ Los movimientos continuos de personas, bienes y servicios incrementa, geométricamente, los canales posibles de transmisión de enfermedades y agentes patógenos.
- ❖ El impacto negativo, originado por problemas de salud en otros países, puede ser lo suficientemente grande como para afectar al Producto Interno Bruto de otros países en forma significativa.

Actualmente, han surgido nuevas amenazas para la salud de alcance mundial, para las que todavía se están buscando medidas de control (i.e. el VIH-SIDA, los virus de Ébola, de Marburgo o la Gripe Aviar). Además, muchas enfermedades más "antiguas" (como la tuberculosis, el paludismo y la gonorrea) han adquirido mayor peligrosidad al desarrollar resistencia frente a los medicamentos corrientemente utilizados para tratarlas.

En los últimos tiempos las medidas de imposición de restricciones al comercio o viajes, se han sustituido por una combinación de sistemas de vigilancia de alerta temprana, planes de preparación para epidemias, creación de reservas de medicamentos esenciales, agilización de las comunicaciones, y difusión de toda la información disponible a través de redes, con el fin de facilitar una pronta intervención.⁵⁹

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 22 millones de personas en el mundo han muerto por esta enfermedad y el número subirá 3 millones por año; 36 millones de personas viven actualmente con la enfermedad y 5 millones fueron infectados tan sólo en el 2000, por lo que cualquier estimación subestima el impacto futuro de esta pandemia.

⁵⁹ Cfr., *Ibid.*, Pág.13.

Las pérdidas económicas se dan para todos los agentes económicos: en las familias la enfermedad y muerte prematura generan una disminución significativa del ingreso y un incremento del gasto por los tratamientos excesivamente caros.

A su vez, en las empresas de los países con elevada prevalencia, el ausentismo de los trabajadores y los costos de atención de la enfermedad han generado aumentos en los costos de atención, poniendo en riesgo el futuro de las empresas, como resultado en muchos países el SIDA, en la práctica, es un obstáculo para obtener un empleo y también la causa para perderlo.

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 de Salud al País", lo cual implica tanto medidas para reforzar el saneamiento básico y la regulación sanitaria, como el contar con una atención a la persona eficaz fundamentada en una medicina de familia generalizada con presencia nacional y rendición de cuentas detallada a nivel de micro regiones. La medicina de familia, el saneamiento básico y acceso a agua potable entubada y la salud pública son los elementos centrales para prevenir, detectar a tiempo, actuar y controlar los problemas y las repercusiones, que de no contar con esta situación pueden arruinar al país.

Cuadro 26
Población con Acceso a Agua Potable Entubada y
Saneamiento Básico para Países Seleccionados en 2000

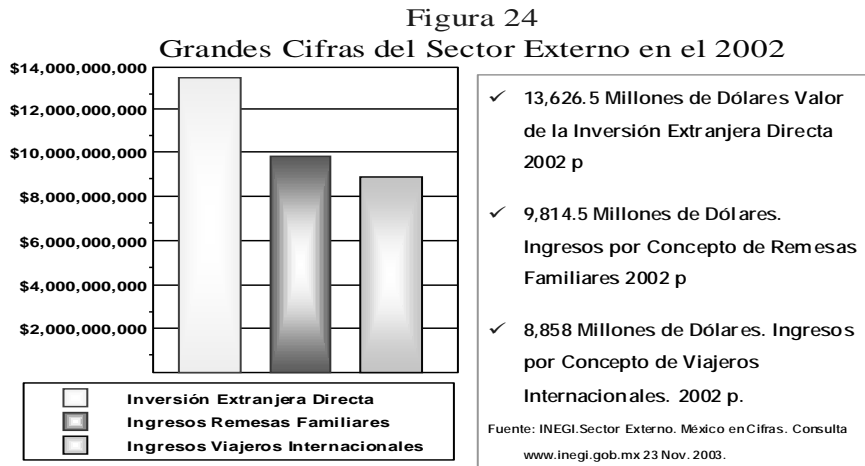
País	Porcentaje de Población Con Acceso a Agua Potable Entubada 2000		Porcentaje de Población con Saneamiento Básico 2000	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Argentina	85	30	89	48
Brasil	95	53	84	43
Canada	100	99	100	99
Colombia	99	70	96	56
Costa Rica	99	92	89	97
Cuba	95	77	99	95
Francia	s/d	s/d	s/d	s/d
Guatemala	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.

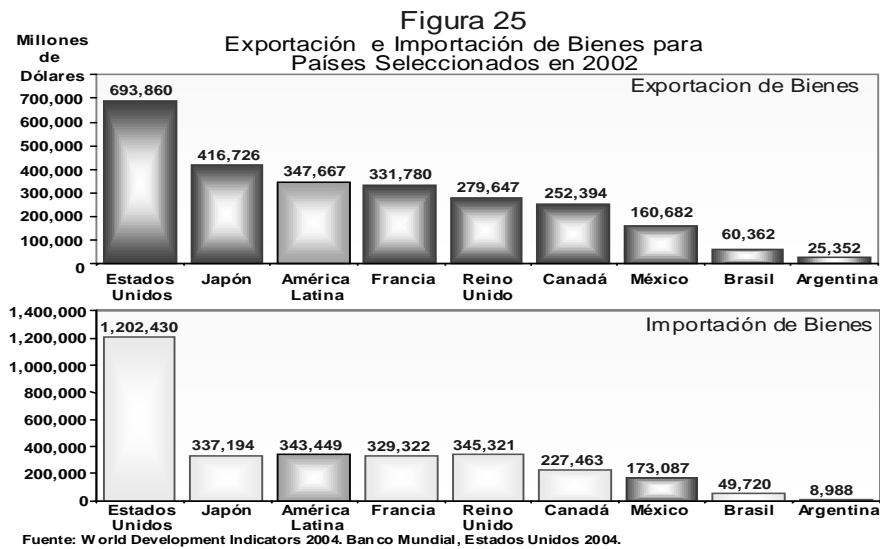
México no ha podido superar un entorno de insalubridad, al descentralizar el saneamiento básico al nivel municipal. Se ha atomizado el problema y el proceso de rendición de cuentas se ha diluido, el modelo de Medicina de Familia requiere mayores recursos para operar plenamente y en algunas regiones no cuenta con un sistema que garantice la rendición de cuentas a nivel municipal con incentivos y penalizaciones a nivel de micro región. No obstante, el sistema de vigilancia epidemiológica ha demostrado que funciona eficazmente y el Sistema de Salud en México ha podido salvaguardar un nivel de salud adecuado, pero el riesgo de una catástrofe siempre está latente.

b) La Globalización, el Comercio Internacional y la Inversión Extranjera:

México se encuentra plenamente integrado a la economía global, la "Inversión Extranjera Directa" es considerable alcanzando cifras superiores a los 13 mil millones de dólares para el año 2002 y el país debe garantizar seguridad y garantía a estas inversiones, por lo que, lo anteriormente expuesto en términos de "Blindar Sanitariamente al País" se refuerza con éstas cifras.



Para darse una idea de la integración de México al mundo y de la importancia del comercio exterior, baste señalar que el intercambio comercial de México equivalió en 2002 al de todos los países de América Latina juntos.



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 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.⁶⁰

Los vínculos principales entre el sector salud y el comercio internacional están relacionados con la movilidad de los prestadores de servicios y los consumidores, así como con otros factores que inciden directamente en la competitividad. Así, el comercio internacional de servicios de salud se expresa a través de cuatro modelos⁶¹:

1. Consumo de familias en el exterior: (i.e. movimiento de pacientes para recibir tratamiento en mercados en el exterior), donde generalmente los pacientes de países subdesarrollados se pueden ver beneficiados por la tecnología, menores costos y economías a escala que desarrollan los países industrializados en tratamientos, en el otro sentido, pacientes de países desarrollados podrían beneficiarse de estancias 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 de personas: este movimiento ya no es solamente de consumidores, sino de gente con fines de estudio y entrenamiento, así como de prestadores de servicios de salud.
3. Presencia comercial: se ha expresado a través de la liberalización de los países hacia la inversión extranjera en el sector salud, desarrollándose toda una rama de negocios en el sector salud en países distintos al de origen.
4. Oferta transfronteriza de servicios de salud: esta ocurre en un contexto tradicional de entrega de muestras y diagnósticos médicos o en un contexto marcado por el desarrollo de las tecnologías de comunicación e información (i.e. teladiagnóstico, telepatología, etc.).

El avance tecnológico de la medicina genera grandes expectativas dentro de esta línea de trabajo; además el crecimiento de la migración de mexicanos hacia los Estados Unidos ocasiona que el mercado crezca cada vez más.

c) Las Remesas Familiares de Trabajadores Migrantes:

Más de 23 millones de mexicanos residen legal o ilegalmente en Estados Unidos. Para México representan casi la cuarta parte de su población y para los Estados Unidos de Norte América es superior al 10%. Ambos países se benefician de dicho intercambio y se deben realizar gestiones para sacarlo de la ilegalidad y el abuso.

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

61 Información obtenida del Reporte del Grupo cuatro "Health and Internacional Economy" de la Comisión de Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud, 2002.

Cuadro 27
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

El análisis y mejoramiento de la situación de salud de los migrantes y sus familias deberá tener una mayor importancia en el futuro ya que representan una fuente importante de ingresos para el país y tienen repercusiones de muy alto impacto.

d) El Turismo y la Política de Salud:

En lo que respecta a la salud en el contexto Internacional, la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS (CMH) reconoció que la globalización crea nuevas condiciones que implican nuevas relaciones entre diversos sectores y actores sociales; en el caso de la salud y el turismo, estas relaciones tienen efectos importantes en el desarrollo social de los países de origen y de destino de los turistas. Asimismo, la CMH señala al turismo como uno de los temas relacionados con la salud que deben atenderse de manera prioritaria, tanto por la riqueza que genera, como por las visibles oportunidades de cooperación que existen entre los sectores.

Cuadro 28
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

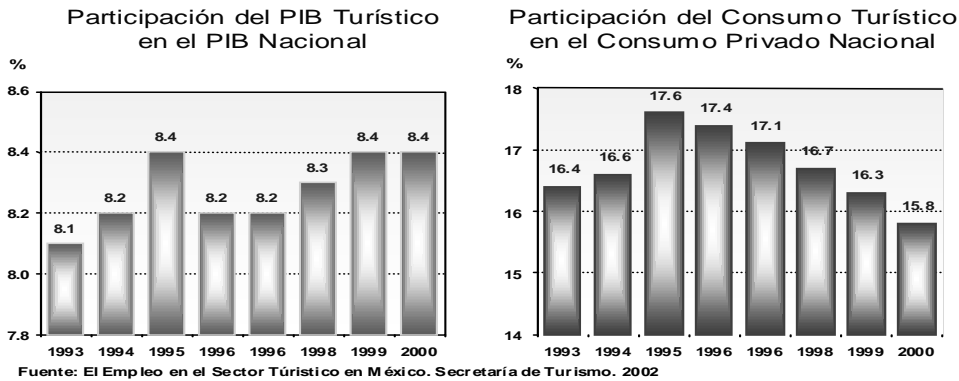
° Estimado
 Fuente: Organización Mundial de Turismo. 2002

El turismo se incrementa cada año globalmente, se espera un crecimiento del 3.9% en promedio anual con una proyección de 282 millones de visitantes a las

Américas en el 2020 (WTO, 2001). Se pone mucha atención en preservar la salud de los viajeros dada la enorme competencia de destinos y la dependencia económica de muchos países hacia el desarrollo de esta actividad.⁶²

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.

Figura 26
 Turismo en México en el 1993 - 2000



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, perspectivas tan prometedoras 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.

5.6.2 Costos y Beneficios de la Alineación y Convergencia entre la Política del Sector Externo, Turismo y la Política Salud.

a) Comercio Internacional

El PIB mundial y el comercio mundial aumentaron un 2.5% y un 4.5%, respectivamente, en términos reales. Las exportaciones mundiales de mercancías crecieron un 16%, hasta alcanzar un nuevo récord de 7,3 billones de dólares. El incremento de los precios de los productos básicos (petróleo) junto con la depreciación sufrida por el dólar fueron algunos de los factores que hicieron que el comercio de mercancías aumentara a un ritmo más rápido que el comercio de servicios comerciales, que registró un incremento del 12% y alcanzó la cifra de 1,8 billones de dólares en 2003.⁶³

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

63 Cfr., Informe Anual 2004, OMC.

Cuadro 29
Beneficios de la Alineación y Convergencia entre la Política de Salud y la Política del Sector Externo y Comercial

Integración con la Economía Global									
Comercio de Bienes % del PIB % del PIB				Tasa de Exportaciones Servicios y Mercancías %		Crecimiento Real de B y S vs. Crecimiento Económico Puntos porcentuales	Flujo de Capital Privado Bruto % del PIB	Inversión Extranjera Directa Bruta % del PIB	
1990	2002	1990	2002	1990	2002	1990 - 2002	2002	1990	2002
32.1	52.4	78.9	148.7	17.7	7.8	9.2	6.3	1.0	2.4

Dirección y Crecimiento del Comercio de Mercancías para Países Seleccionados 2002				
Fuente de Exportaciones	Importadores de Ingreso Alto (% del Comercio Mundial)			
	Economías de Ingreso Alto	Otras Economías Industrializadas	Otras Economías de Ingreso Alto	Mundo
Economías de Ingreso Alto	57.4	5.9	7.2	74.6
Otras Economías de Ingreso Alto	7.3	0.4	2.0	11.6
Economías de ingreso bajo y medio	19.1	0.8	3.6	25.4
Mundo	76.5	6.8	10.8	100.0

Comentario [c1]: Falta la fuente de información

El aumento en los ingresos nacionales derivado de la liberalización del comercio debería brindar oportunidades para mejorar los niveles de salud pública, especialmente en lo que se refiere a condiciones de trabajo y vida más sanas. Particularmente a través de un reforzamiento de los servicios de salud ocupacional, la protección de la higiene del medio, en especial mediante la evaluación de riesgos y el fortalecimiento de las actividades de vigilancia y control de contaminación.⁶⁴

Con esto se reduciría la morbilidad laboral (i.e. plaguicidas, tóxicos químicos, estrés), los accidentes en el trabajo y la mortalidad relacionada a este aspecto, esto además del impacto positivo que una mayor apertura comercial tiene en el acceso a los servicios de salud, al incrementar el empleo y las posibilidades de contar con seguridad social por parte de los trabajadores.⁶⁵

b) Remesas

La valoración de las remesas que recibe México se puede apreciar desde dos enfoques. México está perdiendo gran parte de su capital humano y el costo es enorme, ya que en términos convencionales haber perdido más de 10 millones de personas es cuantioso; por otro lado, si se analiza del lado positivo, la migración es una válvula de escape al desempleo y genera remesas que ayudan al país.

No obstante, se tiene que abordar el problema desde una perspectiva más amplia pues el trabajador migrante está desprotegido en los Estados Unidos y se deben generar mecanismos innovadores para su inclusión en la seguridad social con todos los ramos de aseguramiento.

c) Turismo

La complejidad creciente de esta actividad exige la definición de políticas turísticas en un marco de intersectorial, de otro modo no se estará en condiciones de

64 Cfr., OMC-OMS ¿Un intercambio Saludable?. Grupo Especial de la OMS sobre Economía de la Salud..., Op. Cit., Pág. vii.

65 Cfr., Ibid., Págs.11.

enfrentar los desafíos del mercado internacional y el desarrollo del mercado doméstico si no se integra con otros sectores de la actividad productiva.⁶⁶

Cuadro 30
Numeralia del Turismo en México en el 2000
 Fuente: Programa Nacional de Turismo 2001 - 2006

PIB Turístico		
□ Participación del turismo en el PIB fue de 8.4% en 2000.		
Divisas		
□ Ingresos de 8,295 millones de dólares por visitantes internacionales en el año 2000		
□ 14.8% más que en 1999 □ Equivalente a la mitad del déficit de la Cuenta Corriente de la Balanza de Pagos (17,690 Mill Dóls)		
□ Tercera actividad económica del país en captación de divisas, después del petróleo y manufacturas.		
Saldo de la Balanza Turística		
□ 2,796 millones de dólares, 4.3% mayor que en 1999		
Empleo		
□ 1.9 millones de ocupaciones en 2000 según INEGI, 9% de la planta de empleo en el país.		
Volumen Llegadas Turísticas Internacionales en el 2000		
□ 20,641 Millones (Δ 8.4%)	□ 10,591 millones turismo receptivo al interior	□ 10,050 millones turismo fronterizo
□ México descendió del 3.75% a 3% en la participación del mercado a nivel mundial entre 1990 y 2000		
Ingresos		
□ Octavo destino turístico más visitado del mundo y el decimosexto en ingresos		
□ Descendió del 10° lugar al 12° en ingresos por visitante a nivel mundial entre 1990 y 2000		
□ Descendió del 2.05% a 1.7% en el total de ingresos por visitante a escala mundial entre 1990 y 2000		
Higiene		
□ Desventaja en relación a sus competidores en materia de higiene. Instituto Politécnico de Ryerson, Canadá		

Un área que en México está sub explotada es el "Turismo de Salud", ya que el país por su ubicación geológica cuenta con una gran cantidad de aguas termales y un clima idóneo todo el año, que le permitiría detonar un crecimiento exponencial de esta industria.

5.6.3 Líneas de Acción para el Fortalecimiento del Sector Externo y del Turismo a partir de Estrategias del Sector Salud

a) Comercio Internacional

Las líneas de acción para Salud y Política Comercial que surgen se deberán centrar en:

- ❖ Profundizar el análisis de la estructura de los mercados relacionados con la salud y la concentración de poder en los mismos.
- ❖ Analizar, cualitativa y cuantitativamente, el impacto de las estructuras de los mercados referidos en el bienestar de los consumidores, con especial énfasis en los niveles de salud.
- ❖ Ampliar el análisis sobre los principales impactos de la apertura comercial en el sector, como la movilidad de consumidores y la oferta transfronteriza.
- ❖ Fomentar la responsabilidad social de las empresas, como el caso de la industria de alimentos, introduciendo incentivos que complementen el uso de la coerción por parte del Estado.

b) Remesas

La principal línea de acción deberá ser la protección de la salud y el aseguramiento del migrante y su familia.

66 Cfr., Programa Nacional de Turismo 2001-2006. El turismo: la fuerza que nos une.

Se deberán realizar estudios sobre Patrones de Apoyo a Migrantes, en especial el tratamiento que se le está dando a los migrantes mexicanos por parte del Gobierno Canadiense y de Estados Unidos de América.

c) Turismo

Hay que reforzar las acciones de saneamiento básico de los enclaves turísticos ya que la concentración de gran número de turistas en localidades específicas, por un tiempo determinado, ocasiona el incremento de basura y desechos, que 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 instrumente 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 incurrido.⁶⁷

Para enfrentar los retos comunes del sector turismo y el sector salud, es necesario impulsar la responsabilidad compartida entre los actores que intervienen en los mismos, sobre todo en casos en los que es clara su influencia. Es importante reconocer que deben diseñarse mecanismos adecuados para que los actores privados tengan incentivos fuertes para cooperar.

5.6.4 Diseño de Políticas en Materia de Salud para el Fortalecimiento de la Política Externa y de Desarrollo del Turismo

a) Comercio Internacional

Se recomienda que el Gobierno Mexicano tome la iniciativa de sistematizar intercambios comerciales en salud que beneficien tanto a México como a los Estados Unidos en materia de:

- ❖ Consumo de Servicios de Salud en el Exterior,
- ❖ Movimientos de personas entre países por motivos de salud,
- ❖ Presencia Comercial en el Mercado de Salud Mexicana en los Estados Unidos y Norteamericana en México,
- ❖ Oferta de Servicios Transfronteriza.

En especial se recomienda dar opciones binacionales a las necesidades de atención médica de mexicanos que residen en los Estados Unidos y de norteamericanos, especialmente los pensionados norteamericanos, que residen en México.

Es importante explorar la posibilidad de lograr acuerdos con Medicare para que los Pensionados Norteamericanos se puedan establecer en el país protegidos por instituciones de salud certificadas por Medicare.

⁶⁷ Cfr., Programa Nacional de Turismo 2001-2006. El turismo: la fuerza que nos une.

En cuanto a los cambios sugeridos en la política comercial pura, evidentemente mejorarán los términos comerciales y facilitará la inserción en nuevos mercados del exterior al poder tener garantía de estándares mínimos en los procesos productivos.

b) Remesas

La principal recomendación para el diseño de política es que con parte de las remesas se otorgue un Seguro de Salud para el Migrante y su familia

Es necesario que el Gobierno Mexicano de mayor atención a la situación de salud de los migrantes y sus familias y ejecute acciones conjuntas con el Gobierno Norteamericano para sacar a ésta fuerza de trabajo de la ilegalidad y generar mecanismos innovadores para lograr el aseguramiento en salud de los trabajadores migrantes y sus familias.

Asimismo, se deberá salvaguardar la frontera sur, dadas las condiciones inherentes de pobreza en el flujo de migrantes, a fin de evitar que se generen

c) Turismo

Focos rojos en materia epidemiológica, se recomienda que el Gobierno Mexicano otorgue un mayor impulso a la "Industria Turística de Salud" y refuerce las acciones para garantizar la salud de los turistas nacionales y extranjeros y de mayor fuerza con implicaciones legales y económicas a los certificados y acreditaciones sanitarios en los enclaves turísticos, de esta manera las garantía en salud a los visitantes desencadenará efectos positivos de la salud sobre el sector turismo.

6. Conclusiones y Recomendaciones Generales.

1. Instrumentar una reforma fiscal que de sustento económico a los compromisos adquiridos en materia de salud para enfrentar los retos crecientes que reclama en la materia la población mexicana.
2. Instrumentar un esquema de financiamiento con corresponsabilidad social que combine la participación del Estado, las contribuciones a la seguridad social y los pre pagos de las familias con capacidad de pago, de modo que se estructure un sistema con un nivel de pago anticipado, cobertura universal con una amplia distribución del riesgo, una definición de prioridades con criterios económicos explícitos de solidaridad social, efectividad y equidad que sustente la compra estratégica de los servicios que generen el mayor bienestar social.
3. Ser más específico en el compromiso con la Sociedad Civil y los Partidos Políticos de instrumentar un "Programa Compensatorio en Materia de Atención a la Salud", que fortalezca el Seguro Popular de Salud y que garantice un incremento en la recaudación con montos factibles de incorporación a dicho Seguro; así como garantizar el otorgamiento de las medicinas prescritas en el Cuadro Básico de Medicamentos oficial a la población amparada por dicho Seguro, para lograr destrabar la propuesta de una Reforma Fiscal con gravámenes generalizados a los medicamentos.
4. Reforzar los programas de salud dirigidos a la población rural e Indígena y fortalecer los apoyos del Programa de Medicina de Familia, con un paquete de beneficios explícito y metas a comprobar; así como explorar nuevos mecanismos más eficaces para la rendición de cuentas, como la instrumentación de pagos por capitación a los médicos de familia y su equipo de trabajo con incentivos al ligados al desempeño.
5. Apoyar la generación de empleos de calidad considerando los beneficios en especie que otorga el Seguro Popular de Salud y profundizar las potencialidades de este nuevo instrumento para coadyuvar a la formalización del sector informal de la economía. Asimismo, continuar la reforma de la Seguridad Social iniciada en materia de Riesgos de Trabajo a fin de consolidar una cultura de prevención del riesgo.
6. Mancomunar la atención educativa con la atención a la salud, reformulando a nivel operativo el papel de los servicios médicos en las escuelas y la instrucción de la educación para la salud con un enfoque de riesgo que incluya la promoción de la salud, el autocuidado y una cultura de prevención al daño en todos los niveles educativos.
7. Intensificar las acciones federales, estatales y municipales para el mejoramiento del saneamiento básico, drenaje, agua potable, recolección de basuras y la generación de un entorno ambiental saludable; así como instrumentar un efectivo sistema de rendición de cuentas en la materia; y desarrollar nuevos métodos e índices que sustenten la canalización de recursos para fortalecer la sinergia Salud y Medio Ambiente.

8. Otorgar una mayor prioridad a la canalización de recursos para lograr “Blindar en Términos de Salud Pública al País”, ya que se observan rezagos peligrosos en materia de saneamiento básico que colocan en alto riesgo a México.
9. Promover intercambios comerciales en salud que beneficien tanto a México como a los Estados Unidos en materia de: a) Consumo de Servicios de Salud en el Exterior, b) Movimientos de personas entre países por motivos de salud, c) Presencia Comercial en el Mercado de Salud mexicana en los Estados Unidos y Norteamericana en México, d) Oferta de Servicios Transfronteriza. En especial se recomienda dar opciones binacionales a las necesidades de atención médica de mexicanos que residen en los Estados Unidos y de norteamericanos, especialmente los pensionados norteamericanos que residen en México
10. Conferir mayor atención a la situación de salud de los migrantes y sus familias y ejecutar acciones conjuntas con el Gobierno Norteamericano para sacar a ésta fuerza de trabajo de la ilegalidad y generar mecanismos innovadores para lograr el aseguramiento en salud de los trabajadores migrantes y sus familias
11. Otorgar un mayor impulso a la “Industria Turística de Salud” y reforzar las acciones para garantizar la salud de los turistas nacionales y extranjeros y dar mayor fuerza con implicaciones legales y económicas a los certificados y acreditaciones sanitarios en los enclaves turísticos.
12. Estudiar la factibilidad de incrementar en 1 punto porcentual del PIB la participación del Estado en el financiamiento de los servicios de salud para el año 2010, para dar certidumbre financiera al crecimiento de los esquemas de aseguramiento públicos destinados a la protección social de la población sin empleo formal, así como para la preservación de los activos de la seguridad social y; de igual forma, garantizar la efectiva liberación de los fondos de financiamiento públicos para que accedan a ellos los prestadores públicos y privados más eficientes en beneficio de los pacientes y, que éstos recursos adicionales contribuyan a la maduración del mercado de atención a la salud, considerando ampliar las potencialidades para que dicho sector se convierta en uno de los “Ejes dinámicos” del crecimiento económico del país.

7. Bibliografía.

- ❖ 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, Geneva.
- ❖ Luis Felipe López Calva, Rodolfo de la Torre García, 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.
- ❖ Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006, Superación de la pobreza: una tarea Contigo, Secretaría de Desarrollo Social, Primera edición, México, D.F., 2001.
- ❖ 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.
- ❖ Medición del Desarrollo México 2000-2002, Secretaría de Desarrollo Social, México, D.F., 23 de Junio 2003.
- ❖ Nota Técnica para la construcción de la incidencia de la pobreza con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, Secretaría de Desarrollo Social, México, D.F., 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.
- ❖ Donald J. Robbins, Gender, Human Capital And Growth: Evidence From Six Latin American Countries, Technical Papers No. 151, OECD development center, September 1999, <http://www.oecd.org/dev/publication/tp1a.htm>
- ❖ Programa Nacional de Educación 2001-2006, Secretaría de Educación Pública, Primera edición, México, D. F., septiembre de 2001.
- ❖ 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, Primera edición, México, D. F., julio de 2003.
- ❖ Guía de conceptos, uso e interpretación de la estadística sobre fuerza la laboral en México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), México, 2002.
- ❖ Documento metodológico de la encuesta nacional de empleo urbano, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), México, 2003.

- ❖ Programa Nacional de Política Laboral 2001-2006, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Primera edición, México, D. F., septiembre de 2001.
- ❖ Comisión Consultiva para la Modernización del Sistema de los Salarios Mínimos: estudios y ponencias, Primera edición, Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, STPS/CNSM, México, 2002. <http://www.conasami.gob.mx>
- ❖ 3er Informe de Labores, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Primera edición, México, D. F., 1 de septiembre de 2003.
- ❖ Informe de la Dirección General, XCII Asamblea General Ordinaria, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), México, 26 de mayo de 2003.
- ❖ Tercer Informe De Gobierno, Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación General del Programa Imss-Oportunidades, Julio 2002 – Junio 2003, México, 2003.
- ❖ Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Subdirección General Jurídica, Subdirección de lo Consultivo, ISSSTE, México, 2003.
- ❖ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Programa Institucional del ISSSTE 2001-2006, ISSSTE, México, 2001.
- ❖ 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.
- ❖ Coello Levet, Carlo Gerardo, Equidad en acceso a los servicios de salud en México, Tesis Licenciatura en Economía, Julio de 2003, Director: Mtro. Carlos Cruz Rivero.
- ❖ World Health Indicators 2004, Banco Mundial, CD-ROM.
- ❖ 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.
- ❖ Plan Nacional de Financiamiento del Desarrollo 2002-2006, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, México, 2002.
- ❖ Sesma Vázquez, S., Merino Juárez, M. F., Martínez M., 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.
- ❖ Programa Nacional de Salud 2001 – 2006, La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. Secretaría de Salud. México 2000.
- ❖ Informe sobre Desarrollo Humano, PNUD, México, 2002.
- ❖ Informe sobre Desarrollo Humano, PNUD, Madrid, 2004.
- ❖ A.K. Sen, Bienestar, Justicia y Mercado, Paidós ICE/UAB, Barcelona, B. Aires, México, 1997

- ❖ Martinic, Sergio. La construcción social de las reformas educativas y de salud en América Latina. Revista del CLAD Reforma y Democracia. No. 18 (10: 2000). Caracas, Venezuela.
- ❖ Sabino C., Diccionario de Economía y Finanzas. Ed. Panapo, Venezuela, 1991.
- ❖ 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, pp. 1–26.
- ❖ Tendencias Mundiales del Empleo (Enero 2004), Oficina Internacional de Trabajo, Organización Internacional del Trabajo, Primera Edición, Ginebra, Suiza, 2004, 40 Págs.
- ❖ Encuesta Nacional de Empleo Urbano (Abril 2004), Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), www.inegi.gob.mx , fecha de consulta: 22/mayo/2004.
- ❖ Salarios Mínimos Generales y por regiones, Comisión Nacional de los Salarios Mínimos (CONASAMI), www.sedesol.gob.mx/conasami , Fecha de Consulta: 18/mayo/2004.
- ❖ A. J. Culyer, R. J. Lavers y A. Williams, Social Indicators: Health, Social Trends, Universidad de York, Londres, 1971.
- ❖ 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.
- ❖ Panorama Educativo: Indicadores de la OCDE , Edición 2003, OCDE, Versión 2003 (Resumen)
- ❖ Estadísticas Educativas del Ciclo Escolar 2002-2003, SEP, México, 2003.
- ❖ 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.
- ❖ Environmental Health and Sustainable Development in the Asia Pacific Region, 1996-2000.
- ❖ Cambio climático y salud humana - Riesgos y respuestas. Organización Mundial de la Salud (OMS, OMM, PNUMA), 2003.
- ❖ 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.

- ❖ Water for Health: Taking Charge, World Health Organization (WHO), Geneva, 2001, www.who.org , fecha de consulta:01/06/2004.
- ❖ El Medio Ambiente En México 2002, Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT), México, 2003.
- ❖ 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.
- ❖ Los Acuerdos de la OMC y la Salud Pública. Organización Mundial del Comercio / Organización Mundial de la Salud. Resumen Ejecutivo, 2002.
- ❖ Informe Anual 2004,OMC.
- ❖ OMC-OMS ¿Un intercambio Saludable?. Grupo Especial de la OMS sobre Economía de la Salud. Colette M. Kinnon. Diciembre 1996.
- ❖ MIGUEL ANGEL RODRÍGUEZ DIAZ P., Opciones para la Optimización de la Asignación Presupuestal al Sector Salud, Tesis, ITAM, México, 2003.