



Estudios de la OCDE sobre
los Sistemas de Salud

México



OCDE



Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud

México



ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS

De conformidad con el Artículo 1 de la Convención firmada en París el 14 de Diciembre de 1960, y que entró en vigor el 30 de Septiembre de 1961, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) debe promover políticas diseñadas para:

- lograr el más alto y sostenido crecimiento de la economía y el empleo y un estándar de vida creciente en los países miembros, manteniendo la estabilidad financiera y contribuyendo así al desarrollo de la economía mundial;
- contribuir a una expansión económica sólida en los países miembros, así como en los no miembros en proceso de desarrollo económico; y,
- contribuir a la expansión del comercio mundial sobre una base multilateral no discriminatoria, de conformidad con las obligaciones internacionales.

Los países fundadores de la OCDE son: Alemania, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, España, Estados Unidos de América, Francia, Grecia, Irlanda, Islandia, Italia, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Suecia, Suiza y Turquía. Los siguientes países se han adherido posteriormente a esta Convención (las fechas corresponden a las del depósito de los instrumentos de adhesión): Japón (28 de abril de 1964), Finlandia (28 de enero de 1969), Australia (7 de junio de 1971), Nueva Zelanda (29 de mayo de 1973), México (18 de mayo de 1994), República Checa (21 de diciembre de 1995), Hungría (7 de mayo de 1996), Polonia (22 de noviembre de 1996), Corea (12 de diciembre de 1996), República Eslovaca (14 de diciembre de 2000). La Comisión de las Comunidades Europeas participa en los trabajos de la OCDE (Artículo 13 de la Convención de la OCDE).

Traducido a partir de las versiones originales en inglés y en francés publicadas, respectivamente, con los títulos:

OECD Reviews of Health Care Systems: Mexico

Examens de l'OCDE des systèmes de santé : le Mexique

© 2005, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, París.

© 2005, Secretaría de Salud de México para esta edición en español.

Publicado por acuerdo con la OCDE, París.

La traducción al español fue realizada bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud de México. La OCDE está de acuerdo con la coherencia de la traducción respecto al texto original.

PREFACIO

Este estudio sobre el sistema de salud en México se llevó a cabo por solicitud de la Secretaría de Salud de México. En él se siguen los pasos de un análisis similar reciente sobre Corea y es una continuación del trabajo del Proyecto de Salud de la OCDE, que concluyó en 2004. Sustentado en el marco analítico desarrollado durante el Proyecto de Salud de la OCDE, este estudio evalúa los arreglos institucionales y el desempeño del sistema de salud mexicano, así como los factores que tienen un efecto en el mismo. También examina las reformas recién emprendidas en México y su impacto sobre los objetivos del sistema de salud, con la idea de enriquecer el debate en México y apoyar a los diseñadores de políticas para que estas reformas fructifiquen mediante un intercambio de evidencias y experiencias en el ámbito internacional.

La población mexicana se caracteriza por una inequidad considerable en el estado de salud y en el acceso a los servicios médicos, en especial entre la población pobre y de las zonas rurales. Esto se refleja en condiciones de salud deficientes en lo general, en comparación con otros países de la OCDE. Los arreglos financieros para la atención médica en el sector público han resultado en niveles bajos de gasto per cápita en salud, en particular entre quienes no pertenecen al sistema de la seguridad social. El débil desempeño en términos de los objetivos del sistema de salud también refleja la fragmentación institucional del sistema de atención médica e ineficiencias en el ámbito de los prestadores de servicios. Este menor desempeño es un factor que limita el desarrollo de la capacidad productiva de la economía.

El incremento del acceso a la cobertura y la calidad de la atención para los grupos desfavorecidos es un reto crucial para las autoridades mexicanas. El progreso en esta área requerirá de un aumento en el nivel de recursos asignados al sector salud, así como de una reducción de la inequidad en la canalización del financiamiento tanto entre estados como en el interior de cada entidad federativa. En este contexto, este informe analiza las reformas dirigidas a aumentar los recursos para la atención de la salud, reasignándolos hacia aquellas zonas con menores recursos y a proporcionar una cobertura más extensa del aseguramiento en salud contra los costos de la enfermedad.

Los principales autores de este informe fueron Howard Oxley y Francesca Colombo, con la ayuda de Maria Luisa Gil Lapetra, Victoria Braithwaite y Elma Lopes. De igual manera, se recibió apoyo de otros miembros de la División de Salud, de la Dirección de Empleo, Trabajo y Asuntos Sociales y el Departamento de Economía, en particular de John Martin, Martine Durand, Peter Scherer, Bénédicte Larre e Isabelle Joumard.

La elaboración de este informe fue posible gracias al apoyo generoso de las autoridades mexicanas. Este informe se vio favorecido por la experiencia de los funcionarios mexi-

canos y especialistas en el sector salud con quienes se tuvo contacto durante la misión de trabajo del Secretariado en México. Entre estos funcionarios y especialistas participaron miembros de una serie de oficinas gubernamentales, de la seguridad social, de instituciones privadas, académicos y autoridades del nivel estatal. El Secretariado de la OCDE extiende su agradecimiento a los miembros de la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud, y en particular a Mariana Barraza Lloréns, Eduardo González Pier, Cristina Gutiérrez Delgado y Erick Peñaloza Sosa, por su ayuda en los preparativos de la misión de trabajo y en el suministro posterior de datos e información.

En noviembre de 2004, se presentó un borrador de este informe durante un seminario de discusión organizado por la Secretaría de Salud en la Ciudad de México. Entre los participantes se contó con expertos mexicanos en el sector, representantes de otros países de la OCDE y miembros de organizaciones internacionales, muchos de los cuales aportaron comentarios invaluable que contribuyeron a la culminación del informe.

Este informe se publica bajo la responsabilidad del Secretario General de la OCDE.

Este informe está sustentado en los resultados de un seminario de discusión y se publica en inglés, en francés y en español.

CONTENIDO

| | |
|--|-----------|
| PREFACIO | 3 |
| RESUMEN EJECUTIVO | 11 |
| El sistema de salud en México difiere de los de la mayoría de otros países de la OCDE | 11 |
| A pesar de observar avances importantes en las condiciones de salud y en la prevención, el sistema necesita mejorar su desempeño | 12 |
| Aunque una reforma nueva y ambiciosa ofrece nuevas oportunidades, persisten los retos | 13 |
| Se requieren reformas adicionales | 14 |
| INTRODUCCIÓN | 17 |
| CAPÍTULO 1. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO | 19 |
| 1.1 Características destacadas de México: contexto social y económico, demografía y epidemiología | 25 |
| Contexto social y económico | 25 |
| Tendencias demográficas | 27 |
| Características epidemiológicas | 30 |
| 1.2 El tamaño del sistema de salud en la economía mexicana | 33 |
| 1.3 Cobertura y financiamiento de servicios de salud | 33 |
| 1.3.1 Fragmentación de la cobertura de los servicios de salud entre las diversas instituciones | 35 |
| 1.3.2 Financiamiento del gasto en salud | 48 |
| 1.4 Prestación de servicios | 53 |
| 1.4.1 Descentralización de la prestación de servicios de salud | 55 |
| 1.4.2 Atención ambulatoria | 58 |
| 1.4.3 Oferta de hospitales | 60 |
| 1.4.4 Recursos humanos | 61 |
| 1.4.5 Medicamentos | 66 |

| | |
|--|------------|
| 1.4.6 Gasto por tipo de servicio | 69 |
| 1.5 Pago a prestadores de servicios | 69 |
| 1.6 El papel del gobierno en la regulación del sector salud y el establecimiento de la política nacional de salud | 72 |
| CAPÍTULO 2. DIAGNÓSTICO DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO | 77 |
| 2.1 Acceso a los servicios de salud | 78 |
| 2.1.1 Desigualdades en la distribución de los servicios de salud | 78 |
| 2.1.2 Desigualdades en el acceso al aseguramiento y financiamiento en salud ... | 79 |
| 2.1.3 Desigualdades en el uso de servicios de salud | 86 |
| 2.2 La calidad y eficacia del sistema de salud en México y su capacidad de respuesta y trato adecuado ante las necesidades de los pacientes | 86 |
| 2.2.1 Condiciones, factores subjetivos y riesgos para la salud | 89 |
| 2.2.2 Satisfacción y respuesta del sistema a las necesidades de los pacientes | 96 |
| 2.2.3 Calidad de la atención: aspectos regulatorios y programáticos | 100 |
| 2.3 Evaluación de la eficiencia del sistema de salud en México | 106 |
| 2.3.1 La oferta y el uso de servicios de salud en el contexto internacional | 106 |
| 2.3.2 Algunos indicadores de eficiencia | 112 |
| 2.3.3 Factores institucionales que afectan la eficiencia | 115 |
| 2.4 La sustentabilidad del gasto en servicios de salud | 120 |
| 2.4.1 El entorno fiscal general y la distribución de recursos a los estados | 120 |
| 2.4.2 La salud financiera de las instituciones de la seguridad social | 121 |
| 2.4.3 El impacto del envejecimiento de la población en los costos de los servicios públicos de salud: estimaciones hasta 2050 | 121 |
| 2.5 El desarrollo de largo plazo del sistema y su rectoría | 128 |
| CAPÍTULO 3. REFORMAS RECIENTES: IMPACTO Y PERSPECTIVAS | 135 |
| 3.1 El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) | 136 |
| 3.1.1 Los objetivos y principal impulso de la reforma | 136 |
| 3.1.2 Nuevos recursos para corregir desigualdades en el financiamiento | 137 |
| 3.1.3 La nueva estructura de financiamiento de los servicios y el paquete de aseguramiento | 140 |
| 3.2 El impacto potencial del SPSS sobre los objetivos de los servicios de salud | 146 |
| 3.2.1 El impacto en términos de la cobertura de aseguramiento para los costos de los servicios de salud | 147 |

| | |
|---|------------|
| 3.2.2 El SPSS y la calidad de los servicios de salud | 148 |
| 3.2.3 El SPSS y el aumento en la eficiencia del sistema | 149 |
| 3.2.4 La sustentabilidad financiera del SPSS y la equidad entre los estados en términos de los recursos para servicios de salud | 151 |
| 3.2.5 Implicaciones y gobernabilidad del desarrollo del sistema en el largo plazo | 153 |
| CAPÍTULO 4. DESAFÍOS Y OPCIONES DE POLÍTICA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE REFORMAS ADICIONALES | 157 |
| 4.1 Temas sobre financiamiento y acceso a los servicios | 160 |
| 4.2 Temas de calidad y eficiencia | 161 |
| 4.3 Temas sistémicos | 168 |
| LISTA DE ACRÓNIMOS Y SIGLAS | 173 |
| BIBLIOGRAFÍA | 175 |
| GLOSARIO | 181 |
| CUADROS | |
| 1.1 Indicadores básicos demográficos y sociales, México, 2000 | 28 |
| 1.2 Ingreso per cápita y gasto en salud como proporción del PIB, países seleccionados de América Latina | 34 |
| 1.3 Participación del gasto público destinado a la salud en México, 1995-2002 | 35 |
| 1.4 Esquemas públicos de aseguramiento de salud y otros programas para fomentar el acceso a los servicios de salud en México | 40 |
| 1.5 Población cubierta y gasto por persona cubierta en México, 2002 | 43 |
| 1.6 Financiamiento público del gasto total en salud en los países de la OCDE, 1970-2002 | 49 |
| 1.7 Recursos para salud en el sistema de salud en México | 53 |
| 1.8 Indicadores de oferta en países de la OCDE | 56 |
| 1.9 Profesionales de la salud generales y especialistas | 65 |
| 1.10 Gasto en salud por tipo de servicio en países de la OCDE, último año disponible (% del gasto total en salud) | 70 |
| 1.11 Desglose del gasto en salud por tipo de institución y servicio | 71 |
| 2.1 Recursos para salud por estado | 80 |
| 2.2 Recursos para salud, cobertura de seguridad social e indicadores de salud por estado: correlaciones | 82 |

| | | |
|------|---|-----|
| 2.3 | Cobertura de aseguramiento en salud y proporción de gasto de bolsillo (GB) en países de la OCDE, principios de la década del 2000 | 83 |
| 2.4 | Indicadores de condiciones de salud en países de la OCDE, principios de la década del 2000 | 90 |
| 2.5 | Indicadores de condiciones de salud por estado, 2003 | 94 |
| 2.6 | Indicadores de riesgos de salud pública en países de la OCDE, principios de la 97 década del 2000 | 97 |
| 2.7 | Percepción de la calidad de la atención por prestador de servicios | 98 |
| 2.8 | Indicadores de uso de recursos de salud en países de la OCDE, principios de la década del 2000 | 107 |
| 2.9 | Indicadores de intensidad de uso de recursos de salud en países de la OCDE, principios de la década del 2000 | 108 |
| 2.10 | El gasto público en servicios de salud en México: proyecciones hasta 2050 | 126 |

GRÁFICAS

| | | |
|------|---|----|
| 1.1 | El sistema de salud en México, flujos principales 2003 | 21 |
| 1.2 | Mapa de México | 26 |
| 1.3 | Índice de marginación por entidad federativa, 2000 | 27 |
| 1.4 | Aumento de la esperanza de vida en México, 1960-2003 | 31 |
| 1.5 | Población mexicana por grupo de edad, 2002 y 2050 | 32 |
| 1.6 | Mortalidad y fertilidad en países seleccionados de la OCDE | 33 |
| 1.7 | Gasto en salud en países de la OCDE como porcentaje del PIB, 2002 | 34 |
| 1.8 | Gasto total en salud y PIB per cápita en países de la OCDE, 2002 | 35 |
| 1.9 | La integración vertical del sistema de salud en México antes de la reforma | 36 |
| 1.10 | Tasa de crecimiento anual del gasto público y privado en salud en México, 1991-2002 | 50 |
| 1.11 | Evolución del gasto en salud en México por fuente de financiamiento, 1990-2002 | 50 |
| 1.12 | Desglose del gasto público en salud por institución, 2002 | 52 |
| 1.13 | Desglose de los recursos en salud en el sector público en México | 54 |
| 1.14 | Camas hospitalarias para atención de casos agudos en México y en países seleccionados de la OCDE, 1980-2000 | 60 |
| 1.15 | Número de médicos practicantes en países de la OCDE, 2002 | 62 |
| 1.16 | Tendencia en el número de médicos practicantes en países de la OCDE, 1980-2002 | 63 |

| | | |
|------|---|-----|
| 2.1 | Proporción de hogares con gastos catastróficos en salud y cobertura de seguridad social por estado | 84 |
| 2.2 | Cobertura de la seguridad social por estado: personas y hogares, 2003 | 85 |
| 2.3 | Indicadores de condiciones de salud y su relación con indicadores socioeconómicos seleccionados | 87 |
| 2.4 | Causas de mortalidad: México y países seleccionados de la OCDE, principios de la década del 2000 | 91 |
| 2.5 | Tendencias de la mortalidad infantil y en menores de cinco años de edad | 93 |
| 2.6 | Percepción del estado de salud e ingreso promedio por estado, 2002 | 95 |
| 2.7 | Población que considera que su salud es buena o muy buena, países de la OCDE, principios de la década del 2000 | 95 |
| 2.8 | Tendencias en la intensidad de uso de recursos por institución | 111 |
| 2.9 | Gasto en servicios de salud de los hogares por nivel de ingreso y condición de aseguramiento médico, 2002 | 112 |
| 2.10 | Recursos de salud e intensidad de uso por estado, 2002 | 113 |
| 2.11 | Proporción de gasto administrativo en el gasto total en servicios de salud en los países de la OCDE, principios de la década del 2000 | 115 |
| 2.12 | Estructura de gasto en servicios de salud por sector de oferta | 116 |
| 2.13 | Costos de los servicios públicos de salud por grupo de edad en México y en países de la Unión Europea, 2003 | 124 |
| 2.14 | Una visión de largo plazo del sistema de salud en México | 130 |
| 3.1 | Transferencias federales a los estados para servicios de salud, antes y después de la reforma del SPSS | 141 |
| 3.2 | Recursos estatales antes y después de la reforma del SPSS | 142 |
| 3.3 | Fuentes y usos del financiamiento en el SPSS | 144 |

RECUADROS

| | | |
|-----|--|----|
| 1.1 | Desarrollo histórico del sistema de salud en México | 22 |
| 1.2 | ¿Cuántos mexicanos tienen seguro de salud? | 37 |
| 1.3 | Pólizas privadas de seguro de salud en México | 47 |
| 1.4 | Financiamiento de la salud en el nivel federal y estatal | 51 |
| 1.5 | Las dos etapas de descentralización del sistema de salud en México en las décadas de 1980 y 1990 | 57 |
| 1.6 | Regulación relacionada con los fármacos y otros insumos médicos | 67 |
| 1.7 | Regulación para limitar riesgos sanitarios en México | 73 |

| | | |
|-----|---|-----|
| 2.1 | Aspectos de desigualdad en el aseguramiento médico | 85 |
| 2.2 | Resolución de controversias en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico | 98 |
| 2.3 | Actividades de prevención de salud en México | 101 |
| 2.4 | La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud | 104 |
| 2.5 | La situación financiera del IMSS y del ISSSTE | 122 |
| 2.6 | Proyecciones de gasto público en servicios de salud hasta 2050 | 123 |
| 3.1 | Fuentes de financiamiento del SPSS | 138 |
| 3.2 | Asignación de fondos a los diversos requerimientos de servicios de salud en el SPSS | 143 |
| 4.1 | Experiencias internacionales en la contratación entre compradores y prestadores de servicios | 163 |
| 4.2 | Recomendaciones de política para el sistema de salud en México | 170 |

RESUMEN EJECUTIVO

Las condiciones de salud de la población mexicana han experimentado un progreso marcado durante las décadas más recientes y las autoridades han intentado mejorar el funcionamiento del sistema de salud. Sin embargo, la política de salud en México enfrenta retos importantes para garantizar el acceso universal al aseguramiento en salud y mejorar la eficiencia del sistema. En primera instancia, este *Estudio del Sistema de Salud en México* presenta un panorama de la organización del sistema, y resalta sus principales fortalezas y debilidades. A continuación, evalúa el desempeño del sistema con respecto a los siguientes objetivos de política: acceso, calidad, respuesta del sistema y trato adecuado, eficiencia y sustentabilidad financiera. Por último, el estudio analiza las reformas recientes y su impacto potencial, así como los renglones en los que podría requerirse la puesta en marcha de políticas adicionales para fortalecer el sistema.

El sistema de salud en México difiere de los de la mayoría de otros países de la OCDE

El sector público de salud se caracteriza por la presencia de varios aseguradores y prestadores de servicios integrados de manera vertical, que atienden a distintos segmentos de la población y que mantienen poco contacto entre sí. Además, existe un sector privado grande y en su mayoría, no regulado. Las instituciones de seguridad social cubren a los trabajadores asalariados del sector formal. Aunque las estimaciones varían, se calcula que las personas que contribuyen a las instituciones de seguridad social y sus dependientes representan alrededor de la mitad de la población. La Secretaría de Salud, que presta atención médica a la población no cubierta por la seguridad social, ha descentralizado la mayor parte de la oferta de servicios de salud para estos grupos de población. En la actualidad, las entidades federativas operan sus propios sistemas de Servicios Estatales de Salud (SESA) que comprenden hospitales y clínicas públicas. Existen grandes diferencias entre estados en términos de la disponibilidad de recursos per cápita para prestar servicios públicos de atención médica y, en particular, se observan problemas de acceso en las zonas rurales. Cada institución —ya sea estatal o de la seguridad social— presta servicios de salud en todos los niveles de atención en sus propios establecimientos. La población en general percibe a los SESA como proveedores de menor calidad en relación con los servicios prestados por el sistema de seguridad social, aunque esto refleja en parte el hecho de que los recursos por familia asignados a las instituciones de seguridad social son casi dos terceras partes mayores que aquéllos asignados a los SESA.

El personal médico y de enfermería son trabajadores asalariados en todas las instituciones, lo que no favorece la eficiencia. Por otra parte, una gran proporción de médicos también ejerce la práctica privada sustentada en el pago por servicio. El sector hospitalario

privado provee alrededor de una tercera parte del total de camas de hospital en el país. Esta oferta se concentra en las ciudades más grandes en los estados con mayores recursos, de manera que casi la mitad de los establecimientos hospitalarios privados se encuentran en la Ciudad de México.

A pesar de observar avances importantes en las condiciones de salud y en la prevención, el sistema necesita mejorar su desempeño

En México se han registrado mejorías dramáticas en la esperanza de vida y una reducción estable en las tasas de mortalidad desde la década de 1950. En la mayoría de los estados, los patrones de mortalidad y morbilidad ya no están dominados por enfermedades contagiosas y la participación de las enfermedades crónicas y relacionadas con el estilo de vida se ha incrementado. Sin embargo, México se ubica por debajo de la mayoría de los países de la OCDE con respecto a una serie de indicadores de condiciones de salud. Las tasas de mortalidad infantil y en niños menores de cinco años de edad son las segundas más altas entre los países de la Organización, después de Turquía, mientras que la tasa de mortalidad materna es mucho mayor que la observada en promedio para los países de la OCDE.

México es uno de los pocos países de la Organización que aún no logra la cobertura universal o casi universal del aseguramiento en salud. El nivel de gasto público, ubicado en 45 por ciento del gasto total en salud en 2002, sigue siendo inferior al promedio de la OCDE de 72 por ciento. La mayor parte del gasto privado en México se financia por medio del gasto de bolsillo. El sistema es profundamente desigual en términos del acceso a los servicios de salud, su financiamiento y los indicadores de las condiciones de salud. Existen grandes disparidades entre los estados más ricos del norte y los estados más pobres del sur del país en cuanto a la cobertura de aseguramiento, gasto público y condiciones de salud. Mientras que la población no cubierta por el sistema de la seguridad social puede obtener atención médica en los establecimientos gubernamentales, persisten barreras significativas al acceso para quienes dependen por completo de las unidades de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud (SESA). Los hogares más pobres están cubiertos en menor medida por la seguridad social que los hogares más ricos y una mayor proporción de la población pobre también enfrenta gastos en salud catastróficos y empobrecedores.

El nivel de gasto público en salud —ubicado en 2.8 por ciento del PIB en 2002— es bajo con respecto a los estándares de la OCDE. También es limitada la oferta de insumos para el sector salud, tales como médicos practicantes y camas para atención hospitalaria de casos agudos. A pesar de ello, la intensidad en el uso de estos insumos no es alta en relación con los patrones de la Organización, lo que apunta a una baja demanda o al uso ineficiente de los recursos. La considerable variabilidad en la intensidad de uso de los recursos entre instituciones y entre entidades federativas, sugiere que existe margen para mejorar el desempeño de los estados e instituciones con mayor debilidad en este rubro. Los costos administrativos y de rectoría también son altos comparados con los estándares internacionales, lo que quizá refleja la fragmentación del sistema de salud. Algunos factores que podrían explicar de manera plausible los bajos niveles de eficiencia incluyen los siguientes: la coexistencia de un gran número de aseguradores integrados de manera vertical y la ausencia de separación entre los compradores y prestadores de servicios; dificultades en la coordinación de políticas en un entorno descentralizado; la falta de desarrollo de la capacidad administra-

tiva y de gestión entre las instituciones descentralizadas; y, la debilidad de los incentivos financieros asociados con los sistemas de pago, que no premian la productividad y la calidad.

Aunque los pacientes mexicanos parecen estar en su mayoría satisfechos con la atención que reciben, la participación alta del gasto privado con respecto al gasto total en salud genera preocupación en torno a la calidad de la atención, la eficiencia y la capacidad de respuesta del sistema. La falta de capacidad para atender las necesidades de salud en el sector público ha generado que la demanda se traslade hacia el sector privado, donde existe poca cobertura de aseguramiento. Las restricciones presupuestarias han limitado la cantidad y la calidad de la atención para la población pobre, lo cual ha generado un racionamiento implícito en todo el sistema. Por ejemplo, la disponibilidad de la mayoría de los medicamentos en los Servicios Estatales de Salud (SESA) es muy limitada. También existen informes de una variación amplia en la calidad entre los sectores público y privado y al interior de cada uno de éstos.

Al tratar con estos retos, los diseñadores de políticas se confrontan con una serie de restricciones. El país está experimentando una transición demográfica y epidemiológica que impone mayores presiones sobre el sistema de salud. Mientras que México gasta menos que otros países latinoamericanos con niveles de desarrollo económico similares, la ausencia de una reforma fiscal limita, de manera seria, el alcance para incrementar el financiamiento gubernamental del sistema de salud. Más aún, el sector de la seguridad social enfrenta presiones presupuestarias derivadas del incremento en las pensiones para sus trabajadores. Por último, la fragmentación de los arreglos institucionales con la descentralización de los prestadores de servicios hace más difícil la construcción de una estrategia coherente y la generación de un consenso para el cambio.

Aunque una reforma nueva y ambiciosa ofrece nuevas oportunidades, persisten los retos

Desde la década de 1990, las autoridades mexicanas han llevado a cabo una serie de esfuerzos de reforma para ampliar el acceso a la atención médica para la población no asegurada y mejorar la disponibilidad y calidad de los servicios de salud. El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), la reforma clave de la presente administración, busca mejorar la protección financiera para aquéllos sin cobertura de la seguridad social, inyectar recursos nuevos para el sistema, y reequilibrar las transferencias financieras del gobierno federal a los estados.

El elemento clave de la nueva reforma es la opción que representa el seguro voluntario de salud, el Seguro Popular de Salud (SP), que proporcionará, de manera progresiva la cobertura de un paquete de intervenciones esenciales y ciertos tratamientos catastróficos para los hogares no cubiertos por la seguridad social. El sistema se financia mediante recursos financieros nuevos aportados por los gobiernos federal y estatales por cada nueva familia afiliada. Estos recursos se complementan por medio de una pequeña prima, establecida en función del ingreso, que paga la familia. Debido a que el financiamiento está ligado con la población afiliada, estos nuevos recursos serán dirigidos sobre todo a aquellos estados con niveles bajos de cobertura de la seguridad social y que también suelen recibir menos recursos de las transferencias federales existentes. Sujeto a la disponibilidad de recursos presupuestarios, las inequidades entre entidades federativas en lo relacionado con el financiamiento público de la atención médica para la población en la actualidad no asegurada deberán haberse eliminado para 2010.

Con la afiliación voluntaria al Seguro Popular (SP), los estados tienen un incentivo para suscribir a tantas familias como sea posible y esto debe también motivarlos para prestar más servicios y de mejor calidad. Puesto que los servicios de salud tienen el potencial de ser prestados por cualquier proveedor que opere en el Sistema Nacional de Salud (SNS), hoy en día resulta posible cambiar del enfoque actual de “silos” que sustenta la modalidad existente de prestación de servicios. Si se ponen en marcha las políticas apropiadas, se podría motivar a los prestadores para mejorar la calidad y eficiencia de la provisión de servicios ya que el dinero seguiría al paciente. También se establece un fondo separado para financiar la salud pública y servicios de salud a la comunidad con objeto de garantizar que éstos no sean sacrificados durante periodos de restricciones presupuestarias.

A pesar del diseño cuidadoso de la nueva reforma, el éxito de su instrumentación seguirá representando un desafío significativo para las autoridades mexicanas. Primero, la disponibilidad de los recursos frescos para financiar el nuevo programa se mantiene condicionada por la situación fiscal y, en este contexto, la OCDE ha enfatizado la necesidad de una reforma fiscal. A pesar de las reformas recientes a la ley que gobierna al Seguro Social, los nuevos esquemas de pensiones todavía están en proceso de negociación en la institución de seguridad social más grande (IMSS) y es probable que las presiones continúen durante el período de transición hacia un nuevo sistema de pensiones. El costo de los esquemas de pensiones para los trabajadores del gobierno también es un tema que queda por tratar.

En segundo lugar, ya que el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) sólo cubre un conjunto definido de servicios básicos y ofrece protección limitada para los riesgos catastróficos, es posible que existan presiones por parte de los usuarios para que se amplíe esta cobertura de beneficios. Tercero, el nuevo sistema de aseguramiento puede generar incentivos para que los prestadores de servicios den preferencia en el tratamiento a la población afiliada, en contraste con la población no afiliada al nuevo esquema de aseguramiento, en especial durante el período de transición a 2010. Cuarto, dada la nueva demanda por servicios del sector público, los proveedores de los SESA enfrentarán la necesidad de aumentar la eficiencia y la calidad, un desafío de envergadura, sobre todo en los estados más pobres con una capacidad más débil y en las zonas rurales. Hasta la fecha, no se han puesto en marcha las medidas para fomentar una mayor eficiencia en los SESA y este rubro de política requiere de atención urgente para asegurarse que los nuevos recursos bajo el SPSS se utilicen de la mejor manera. Por último, en el largo plazo, el éxito del SPSS dependerá de su capacidad para romper el vínculo entre el financiamiento y la prestación, evitando así que continúe la fragmentación en el sistema.

Se requieren reformas adicionales

Este estudio presenta varias recomendaciones para tratar con las debilidades del sistema actual. Entre las sugerencias más destacadas se encuentran las siguientes:

- Introducir una reforma fiscal y poner en marcha reformas a las pensiones del sector público para garantizar el financiamiento adecuado del sistema de salud.
- Fomentar la adopción del Seguro Popular (SP) y abordar las barreras al acceso a los servicios que persisten para aquellos no cubiertos por la seguridad social.
- Garantizar un financiamiento adecuado para los “bienes públicos de salud” que sean costo-efectivos, tales como prevención o vigilancia epidemiológica.

- Establecer una separación entre compradores y prestadores de servicios mediante esquemas contractuales entre los aseguradores y los proveedores para reducir la segmentación actual del sistema.
- Reinvertir costos administrativos innecesarios en la oferta de servicios de salud y crear una separación más clara entre compradores y prestadores de servicios para impulsar una mayor eficiencia de los prestadores institucionales de servicios.
- Vincular la remuneración del personal con metas de desempeño y revisar los contratos de trabajo para motivar una mayor productividad de los profesionales y eliminar prácticas que limitan las ganancias en eficiencia.
- Avanzar en la consolidación de iniciativas de promoción de la salud y fortalecer las relacionadas con la medición y mejora de la calidad para promover una atención médica de calidad y costo-efectiva.
- Fortalecer los sistemas de información y los marcos de entrega de información y rendición de cuentas para todas las instituciones e invertir en capacidades administrativas y de gestión para mejorar la gobernabilidad del sistema.

INTRODUCCIÓN

En este estudio se analiza el sistema de salud en México y tiene dos objetivos. Primero, presentar un panorama del sistema mexicano de salud y hacer una descripción de sus fortalezas y debilidades actuales. En segundo lugar, analizar una serie de reformas recientes y su probabilidad de impacto en el desempeño del sistema, con el fin de realizar recomendaciones adicionales a las autoridades mexicanas sobre reformas que podrían contribuir a lograr los objetivos deseados.

En términos de organización, el sistema de salud en México es muy diferente de los de otros países de la OCDE. El esquema mexicano está marcado por una serie de sistemas de aseguradores/prestadores de servicios integrados de manera vertical (a los que se hace referencia como el Sistema Nacional de Salud, SNS)¹ que atienden a distintos segmentos de la población y tienen poco contacto entre sí. Aunque el gasto total per cápita en salud es apenas menor de lo que podría esperarse dado el nivel de desarrollo económico, más de la mitad del gasto total se canaliza hacia servicios privados de salud y la proporción de atención financiada por el sector público es muy limitada de acuerdo con lo observado por la Organización. La falta de capacidad y la percepción de baja calidad en el sector público han llevado a que la demanda se filtre hacia el sector privado, donde la cobertura del aseguramiento es poca. Esta configuración crea desigualdades profundas en el acceso a los servicios de salud, lo cual se percibe con mayor intensidad en las diferencias entre la población asegurada y la no asegurada. Este hecho lleva a México a ubicarse en una clasificación muy baja en las comparaciones internacionales de justicia en el financiamiento. Las restricciones presupuestarias, en combinación con la baja eficiencia en la oferta pública, han limitado la cantidad y la calidad de los servicios prestados a la población pobre, lo que genera un racionamiento implícito en todo el sistema y quejas acerca de la calidad del servicio.

El mejoramiento del desempeño del sistema de salud en México tiene implicaciones en el logro de metas económicas y sociales más amplias. Los indicadores de condiciones de salud son más débiles que los de otros países con niveles de ingreso similares, quizá como reflejo de la falta de adecuación del gasto público en servicios de salud y las deficiencias en el desempeño del sistema de salud (CMMS, 2004). Un sistema de salud con deficiencias de financiamiento y desempeño también puede afectar el crecimiento económico de la nación al debilitar la productividad laboral, aumentar la carga de las enfermedades y reducir la participación de la familia en la actividad económica, en la asistencia escolar y en el aprendizaje (CMH, 2001).² Las deficiencias en las condiciones de salud ante la ausencia de cobertura de aseguramiento también tienen impacto en la situación de pobreza mediante el gasto catastrófico en servicios de salud y la reducción en la capacidad para trabajar.

Al enfocarse en estos retos, los diseñadores de políticas se enfrentan con una serie de restricciones. El país está pasando por una transición demográfica y epidemiológica que

está aumentando la demanda de servicios de salud. La falta de una reforma fiscal muy necesaria limita el margen de las finanzas gubernamentales para aumentar el financiamiento del sistema de servicios de salud. Por último, la fragmentación de los esquemas institucionales, conformados por una serie de instituciones de seguridad social, en combinación con un sistema de prestadores de servicios estatales descentralizados, hace aún más difícil el diseño de políticas coherentes y el logro de consensos para el cambio.

Este informe aparece luego de una época de importantes acontecimientos de política en México. Al principio de su gestión, el gobierno federal actual presentó su Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PRONASA). En dicho documento, se mostró un diagnóstico del sistema mexicano de salud y se establecieron las estrategias y el plan de acción para el periodo 2001-2006. En este informe se presenta una evaluación parcial de algunas de las medidas que han sido puestas en marcha a la fecha. Sin embargo, no pretende valorar todos los aspectos descritos en el Programa Nacional de Salud, así como tampoco tiene como objeto considerar si habría sido más apropiado aplicar políticas alternativas. Más bien, se estudian las fortalezas y debilidades del sistema actual. Esta evaluación se basa en cuatro criterios establecidos en el contexto del trabajo reciente del Secretariado (OECD, 2003). Los criterios se relacionan con el logro de: i) acceso extenso a los servicios de salud; ii) servicios de alta calidad y atención a las necesidades de los pacientes; iii) la prestación eficiente de servicios; y iv) la sustentabilidad financiera del sistema. Mucho de lo sucedido en el sistema es reciente y, por ello, su impacto es difícil de evaluar. Sin embargo, con base en la experiencia de otros países, este estudio intenta identificar algunos de los renglones donde pueden realizarse mejoras y los retos que podrían presentarse con la introducción de políticas novedosas.

Este informe comienza con una descripción de las características principales del sistema de salud en México que son clave para el análisis de política. En el segundo capítulo se presenta un diagnóstico del sistema con base en las metas mencionadas. En el tercer capítulo se estudian las políticas recientes, con enfoque en el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual se introdujo hace poco tiempo. En la sección final se presenta una evaluación general y se sugieren los puntos que ameritan una reflexión adicional, a fin de alcanzar las metas del sistema de salud de la mejor manera.

Notas

- 1 El Sistema Nacional de Salud (SNS) incluye a todas las instituciones públicas, los departamentos y las dependencias de la administración pública, federal y local, al igual que los organismos de los sectores privado y social que prestan servicios de salud. El objetivo del SNS se centra en cumplir con el mandato de la Constitución mexicana que establece el derecho de la población a gozar de protección en salud.
- 2 De acuerdo con un estudio para el periodo 1970-1995, al utilizar la esperanza de vida y la mortalidad para diferentes grupos de edad como indicadores de salud, se desprende que la salud se considera como responsable de cerca de una tercera parte del crecimiento económico de largo plazo (CMMS, 2004, p. 16, con base en Mayer Foulkes, 2001, pp. 123-126).

Capítulo 1

Organización del sistema de salud en México

Capítulo 1. En este capítulo se describe cómo se organiza el sistema de salud en México y las relaciones entre sus integrantes principales: la población o los usuarios; los prestadores de servicios; y, los “terceros” aseguradores y compradores del Estado. Esta sección comienza por presentar un breve recuento de los antecedentes relacionados con las características de la población y el contexto social de México, se incluye el tamaño del sector salud con respecto a la economía mexicana en conjunto. En la Sección 1.3 se describen los mecanismos relacionados con la cobertura y financiamiento para la población. Después, el tema se centra en la organización de la prestación de los servicios de salud y la relación entre prestadores y usuarios. En la Sección 1.5 se explican los esquemas de pago a prestadores de servicios y los mecanismos de asignación de recursos. Por último, se analiza de manera breve el papel del gobierno en el sistema de salud en México.

La creación del sistema actual de salud en México¹ data de principios del siglo XX, aunque se han llevado a cabo cambios sustanciales en su estructura desde aquél entonces (Recuadro 1.1). No fue sino hasta finales de la década de 1930 que las instituciones públicas recibieron la responsabilidad por coordinar la política de servicios de salud y se establecieron programas de salud pública organizados en forma vertical y operados por las autoridades centrales. La política de salud se concentró en controlar las enfermedades contagiosas, fomentar los servicios de salud básica en ciertas zonas mal atendidas y la planificación familiar. En 1943, se estableció la principal institución de seguridad social, con integración vertical, para los trabajadores asalariados empleados en el sector formal de la economía. Así, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) agrupó el sinnúmero de esquemas de cobertura ofrecidos por sindicatos o concentrados por industria que existían con anterioridad. Al mismo tiempo, se creó la Secretaría de Salud (entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia). A esto siguió la creación, en 1960, de un esquema independiente de seguridad social para los trabajadores del Estado (ISSSTE), mientras que una serie de programas para cubrir grupos de sectores específicos se instituyeron en forma subsiguiente, como a los trabajadores de la industria petrolera (PEMEX). La cobertura de las personas que no eran asalariadas en el sector de empleo formal quedó en manos de los hospitales públicos administrados por la Secretaría de Salud y, luego de una descentralización en dos etapas, de los Servicios Estatales de Salud (SESA).

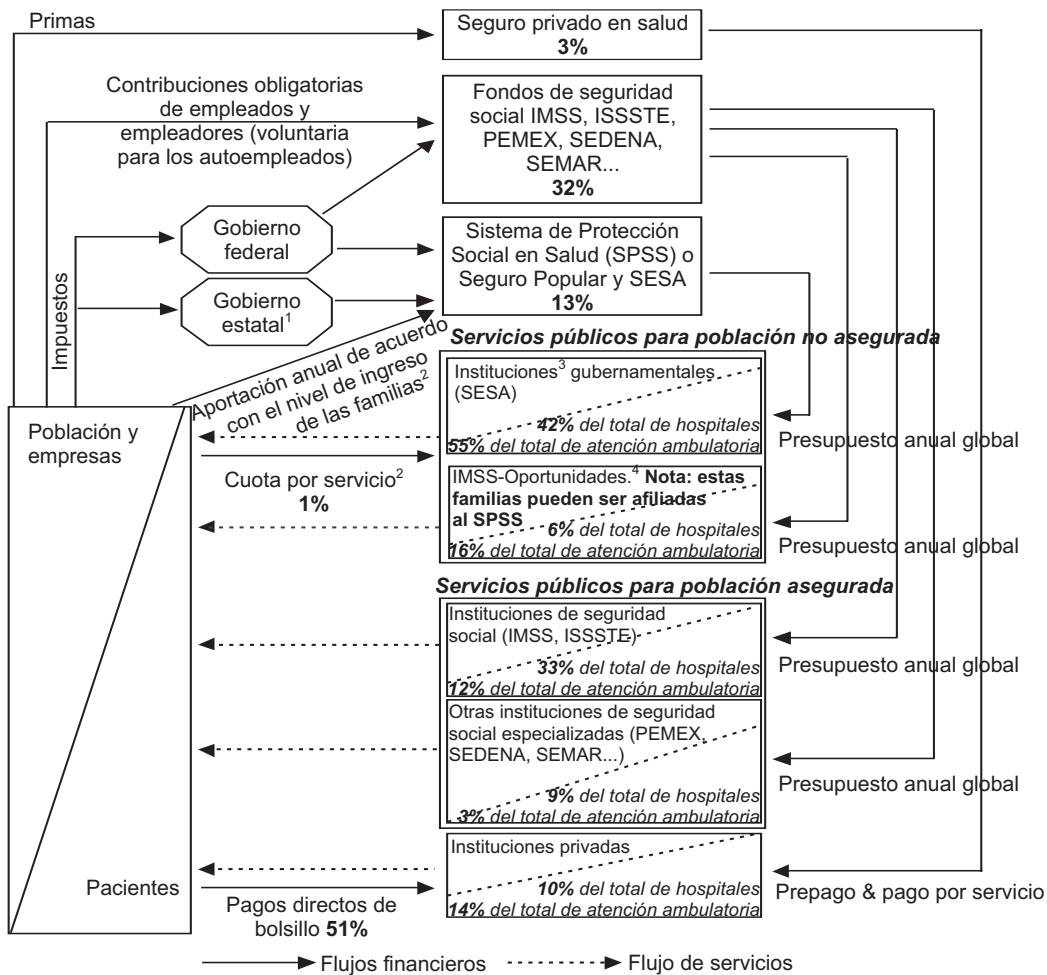
La expansión de las instituciones que ofrecen servicios de salud se ha acompañado por una mejoría notable en las condiciones de salud de la población mexicana. Desde la década de 1940, casi se ha duplicado la esperanza de vida, de 41 a 75 años de edad en 2002 y la mortalidad infantil ha caído de 126² por cada 1 000 nacidos vivos a 21 en 2002. Los sólidos programas de salud pública, tales como las exitosas campañas de vacunación y otras iniciativas para controlar las enfermedades contagiosas, fueron factores de gran importancia que fundamentaron las mejorías en los resultados de salud.

Sin embargo, aunque la Constitución mexicana proclama el derecho de cada persona a la protección de la salud, México es uno de los pocos países de la OCDE que aún no ha logrado el acceso universal. La combinación de una serie de prestadores de servicios y aseguradores integrados de manera vertical para los empleados asalariados en el mercado laboral y un sistema de hospitales públicos que atienden a quienes no están cubiertos en el sistema de seguridad social ha llevado a la fragmentación del sistema de salud. Esto, a su vez, obstaculiza la búsqueda de un enfoque más amplio y coherente de la salud pública y la política de atención médica. También existen grandes disparidades en la cobertura del aseguramiento, en el gasto público y en las condiciones de salud entre los estados del norte y el sur de la federación, lo que es reflejo de las diferencias en los niveles de desarrollo económico y social, de educación y de problemas epidemiológicos.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) combina varios esquemas públicos integrados con un extenso mercado privado.³ El sector público incluye un sistema descentralizado administrado por los gobiernos federal y estatales y un sistema de seguridad social que cubre a los empleados asalariados del sector formal. En ambos casos, los prestadores de servicios

están integrados con las instituciones de financiamiento, cuyos empleados son remunerados, en su mayoría, por medio de salarios. El sector privado incluye un mercado casi sin regulación en el que los usuarios pagan a los prestadores de servicios la mayor parte de las veces directamente de sus bolsillos a precios de mercado, aunque los seguros privados de gastos médicos cubren cierta parte del gasto privado en el caso de una proporción muy limitada de la población. El pago de bolsillo de los usuarios representa más de la mitad del financiamiento total de los servicios de salud, mientras que los ingresos tributarios, las contribuciones a la seguridad social de los empleadores y los empleados y las primas de los seguros privados representan el resto. La Gráfica 1.1 muestra de manera esquemática el sistema actual de salud en México.

Gráfica 1.1 El sistema de salud en México, flujos principales 2003



¹ El gasto estatal en salud ha sido voluntario. Sin embargo, desde 2004, de acuerdo con el SPSS es obligatorio realizar una aportación por cada familia afiliada.

² La población no asegurada solía acceder a los servicios de salud mediante el pago de "cuotas de recuperación". Con el SPSS, se garantizará el acceso por medio de una "cuota anual" por familia.

³ Servicios federales y estatales para la población no asegurada (Servicios Estatales de Salud, Institutos Nacionales de Salud, etcétera).

⁴ Los recursos federales para el programa IMSS-Oportunidades (para la población no asegurada) se asignan mediante el presupuesto del IMSS (dado que el programa es operado por una Unidad de Coordinación establecida dentro del IMSS para ese propósito). Estos recursos no deben considerarse dentro del gasto de Seguridad Social.

SESA = Servicios Estatales de Salud.

Fuente:

Secretaría de Salud (2004d) Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud.

Recuadro 1.1 Desarrollo histórico del sistema de salud en México

La creación del sistema de salud actual comenzó con la consolidación posrevolucionaria del Estado mexicano en la década de 1930, y reflejó la necesidad —percibida con toda amplitud— de contar con la intervención gubernamental en la política social. Lo anterior llevó a poner en manos del Estado tanto la prestación de los servicios como el financiamiento de la política de salud. Sin embargo, al contar con recursos limitados para establecer una política integral de salud, el gobierno comenzó por fortalecer el Departamento de Salubridad Pública, que había sido creado en 1917, y reunió un conjunto de organizaciones heterogéneo y poco coordinado que había sido operado de manera voluntaria, mediante instituciones religiosas y organismos de caridad. Dadas las dificultades que presentaba el entorno político y económico de esa década, el gobierno restringió sus acciones a reglamentar las instituciones existentes, públicas y privadas, que prestaban atención médica. Las políticas se dirigían en especial a mejorar la higiene en las zonas urbanas y a combatir las enfermedades contagiosas. En 1937, se creó la Secretaría de Asistencia Pública que, en conjunto con el Departamento de Salubridad Pública se responsabilizaban de coordinar la política de salud entre distintos prestadores de servicios. Se tomaron medidas para proteger a grupos específicos, como la población infantil, los trabajadores del Estado y la milicia. También se pusieron servicios médicos a disposición de las cooperativas rurales vinculadas con el gobierno y se construyeron centros de salud en zonas urbanas y algunas ubicaciones clave en las zonas rurales.

La estructura actual del sistema de salud fue establecida a principios de la década de 1940, con una variedad de instituciones que atendían de manera exclusiva a diversos grupos, con base en su perfil ocupacional o su situación económica. En 1943, se estableció de manera formal la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) —resultado de la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad Pública— con el mandato de ampliar la cobertura a la población pobre y de establecer una política general de salud pública. También tenía la responsabilidad de prestar servicios de salud, mediante sus oficinas de coordinación en los estados administradas de forma centralizada (Servicios Sanitarios Coordinados). Al mismo tiempo, se estableció el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para administrar los esquemas de seguridad social, incluidos los de salud, que habían sido creados para distintos sindicatos y grupos de trabajadores en sectores específicos. Sin embargo, algunos fondos y servicios de seguridad social continuaron independientes del IMSS o fueron creados con posterioridad para atender a grupos objetivo estratégicos como los militares, los trabajadores del sector petrolero y, por último, a los del sector público. Como parte del paquete de prestaciones de seguridad social, los trabajadores asalariados empleados en la economía formal tendrían acceso exclusivo a servicios de salud que iban desde la maternidad y los cuidados infantiles a la atención de tercer nivel y un sistema de pensiones relacionado con la edad. Sobre este mismo rumbo, en 1960 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para prestar servicios de salud y otro tipo de beneficios de la seguridad social, monetarios y en especie, a los trabajadores del Estado.

Recuadro 1.1 Desarrollo histórico del sistema de salud en México (cont.)

Este enfoque llevó a basar el acceso no en las necesidades, sino en la situación ocupacional y la capacidad de pago, lo que a su vez ocasionó una asignación de recursos y un acceso a los servicios de salud sustentados en la influencia política y económica de los distintos grupos socioeconómicos (como sindicatos, trabajadores del estado y grupos urbanos, entre otros). Como resultado, el Estado asignaba la mayor parte de sus recursos a la prestación de servicios de salud a los trabajadores organizados en las zonas urbanas, pues este grupo cumplía una función clave en el sostenimiento de la estabilidad política del país y su desarrollo económico. Sin embargo, el sistema dejaba a quienes no tenían contratos laborales formales bajo régimen de asalariados (como los autoempleados, los trabajadores urbanos del sector informal y la población rural) prácticamente sin cobertura y dependiendo de los servicios prestados por la SSA. Así, mientras que los sistemas de Seguridad Social (SS) eran financiados por un convenio tripartita entre empleadores, trabajadores y el gobierno, la SSA era financiada únicamente por el gobierno federal. Esto generó un serio desequilibrio de recursos, pues la SSA tenía la obligación de prestar servicios con pocos recursos y a merced de los cambios de política, lo que llevó, entre otras cosas, a una menor calidad de los servicios. La continuidad en el flujo de los recursos para el sistema de SS, por otra parte, permitió la expansión de los servicios incluso en épocas de dificultad. Una consecuencia adicional de este ambiente fue la concentración de la oferta de servicios, en especial de servicios con alta especialización, en las zonas urbanas (en particular en la Ciudad de México), tanto aquellos prestados por la SSA como por la SS. En las zonas rurales, los servicios se pusieron a disposición, primero, de los trabajadores que participaban en la producción comercial en el sector exportador y que, con frecuencia, pertenecían a algún sindicato con actividad política, dejando a la población rural dispersa con una atención deficiente y sin protección.

Durante la década de 1960, los desequilibrios en el acceso a los servicios de salud eran más acentuados. Aunque se introdujeron medidas especiales en la Ley del Seguro Social para ampliar la cobertura obligatoria a los trabajadores temporales y rurales, con pocas excepciones, éstas no se aplicaron, lo que hizo más pronunciada la diferencia entre los “derechohabientes” o la población asegurada y la llamada “población abierta” o no asegurada (y atendida por la SSA). Los esfuerzos por eliminar este diferencial mediante mayor inversión durante esta década se interrumpieron con la desaceleración económica del siguiente decenio. Durante esa época, el Estado recurrió al sistema de SS para aumentar el acceso y se pusieron en marcha disposiciones especiales para dar acceso parcial a las prestaciones de la seguridad social para incorporar otros grupos en las zonas rurales y de la economía informal. En el caso de los servicios de salud, esto significó la creación de un segundo segmento de servicios de menor calidad, que ofrecía cuidados básicos de salud a los trabajadores rurales y del sector informal y a la población en general. Esto se llevó a cabo por medio del esquema llamado entonces IMSS-COPLAMAR (renombrado después como IMSS-Solidaridad y conocido en la actualidad como IMSS-Oportunidades) que se orientó a prestar servicios de salud a habitantes de zonas marginadas, urbanas y rurales, y financiado por el gobierno, pero operado por el IMSS.

Recuadro 1.1 Desarrollo histórico del sistema de salud en México (cont.)

A fines de la década de 1970, el marco institucional llevó a observar una redundancia importante en las actividades del sector salud y a la atención de algunos grupos por partida doble, mientras que a la vez se dejaba sin cobertura a grandes segmentos de la población. Como resultado, se contaba con una débil coordinación de política.

Durante la década de 1980, las reformas aplicadas procuraron establecer el marco para un conjunto más coherente de políticas de salud, orientadas a ampliar el acceso a los servicios y a mejorar la calidad de los mismos en todo el sistema. Esto combinó una mejor coordinación intersectorial entre la SSA y los prestadores de la SS y el primer intento del gobierno por descentralizar los servicios de la SSA mediante la transferencia de esta responsabilidad a los estados. La primera etapa del proceso de descentralización (1984-1988) se caracterizó por una integración administrativa de las oficinas de coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) en los estados, el programa federal IMSS-COPLAMAR y algunos servicios de salud que los estados prestaban de manera directa. Los resultados de esta primera etapa se asemejaban más a una delegación de ciertas funciones que a una descentralización integral, y sólo 14 estados se involucraron en este proceso. Para dar apoyo político a las reformas y generar consensos entre las diversas instituciones participantes, se estableció un Gabinete de Salud encabezado por el Presidente, y se creó un Sistema Nacional de Salud (SNS) como solución organizacional para dar a la SSA la responsabilidad por el diseño y coordinación de la política nacional de salud. En esta época (1983) se aprobó una enmienda constitucional, que daba a cada persona el derecho a la protección de la salud y de la cual se derivó la Ley General de Salud (LGS). Como parte de estos cambios, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) cambió su nombre a Secretaría de Salud. Sin embargo, este proceso de cambio se interrumpió una vez más a raíz de la adversidad económica. La resistencia de grupos de interés en épocas de turbulencia política debida al entorno económico logró vetar los cambios cuando los recursos federales se encontraban en un mínimo histórico, lo cual imposibilitó que el gobierno financiara los costos transitorios de la reforma.

No obstante, en la década de 1990 se pusieron en marcha varias reformas. La conclusión del proceso de descentralización prosiguió con base en objetivos más ambiciosos: transferir más funciones y responsabilidades, junto con los recursos correspondientes, a fin de completar la descentralización y fortalecer a los Servicios Estatales de Salud (SESA). Durante esta segunda fase, los estados restantes se unieron al proceso y, en 1986, se creó una estructura organizacional, el Consejo Nacional de Salud (CNS), a fin de coordinar el diseño de políticas entre los estados y la federación. Las autoridades mexicanas también establecieron un Plan de Reforma para el Servicio de Salud 1995-2000. Varios cambios se orientaron a ampliar el acceso de la población no asegurada a los servicios de salud, se incluyeron programas especiales para la extensión de la cobertura básica de servicios de salud como el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC). De manera paralela, a principios de esta década se puso en marcha un importante programa de lucha contra la pobreza, a fin de mitigar el impacto de las condiciones económicas sobre los más pobres. Este esquema (que en un

Recuadro 1.1 Desarrollo histórico del sistema de salud en México (cont.)

inicio respondía al nombre de Solidaridad, más tarde cambió su denominación a Progresiva y en la actualidad se llama Oportunidades) incluía un componente de salud. Sin embargo, estos esquemas sólo han contribuido de manera parcial a responder a las necesidades de las zonas rurales, por lo que se necesitan cambios adicionales.

La reforma clave del gobierno actual, dentro del marco del Programa Nacional de Salud 2001-2006, es el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) (Capítulo 3). Las medidas que ha tomado el gobierno actual profundizan en el sentido de garantizar la cobertura universal de los servicios de salud. Esta reforma tiene la intención de mejorar la protección financiera para quienes no están cubiertos por la seguridad social, al inyectar nuevos recursos al sistema y reequilibrar las transferencias financieras del gobierno federal a los estados.

Fuente: Actualizado de OECD (1996), con base en Martínez Valle, *Observatorio de Salud*, Capítulo 16.

1.1 Características destacadas de México: contexto social y económico, demografía y epidemiología

Contexto social y económico

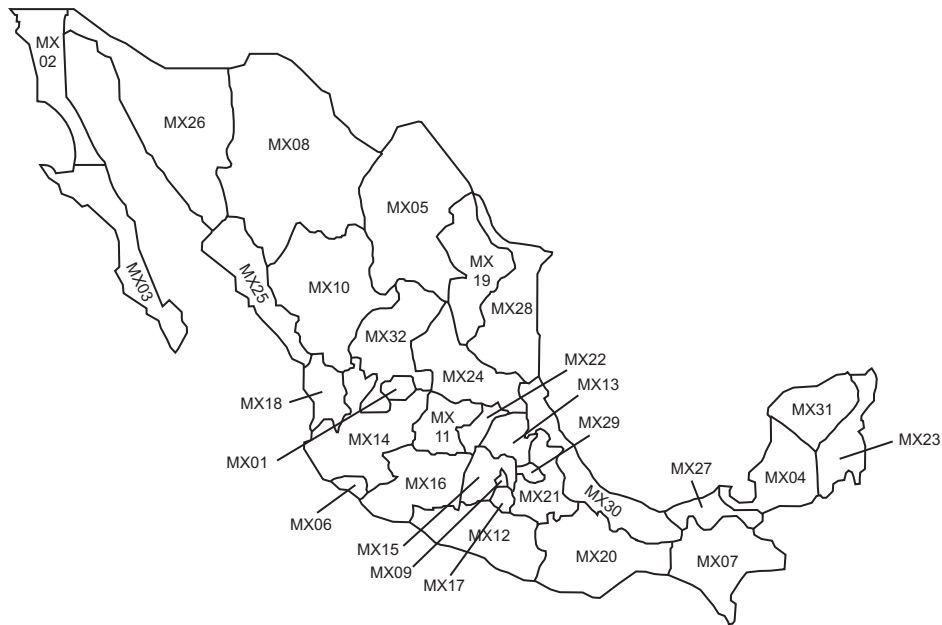
Medido con respecto al PIB per cápita, México es el segundo país más pobre de la OCDE, después de Turquía, con un ingreso per cápita que se sitúa en niveles medios con respecto a los países de América Latina. En 2002, su PIB per cápita apenas superó 9 000 dólares (ajustados por Paridades de Poder de Compra, PPC), lo que representó sólo una cuarta parte del de Estados Unidos (OECD, 2004c).

México también muestra una de las distribuciones del ingreso y la riqueza más desiguales del mundo. Aunque los resultados precisos dependen de la fuente y la definición de unidad familiar que se considere, el decil más bajo de familias, representó 1.3 por ciento del ingreso total en 2002, mientras que tan sólo el decil más alto representó 39.7 por ciento (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2004). La razón entre el ingreso en el decil superior y el inferior fue de 30.⁴ En 2000, entre 13 y 14 por ciento de la población vivía con menos de \$1 dólar diario y 46 por ciento con \$2 dólares diarios. Más de una cuarta parte de la población mayor de 15 años de edad no había terminado la educación primaria (OECD, 2004b). Las desigualdades también tienen una dimensión geográfica. Los ingresos per cápita en los estados más ricos, como el Distrito Federal y Nuevo León son entre 4.4 y 6.4 veces mayores que el ingreso per cápita en los estados más pobres, como Chiapas y Oaxaca (Cuadro 1.1; véase también la Gráfica 1.2 para un mapa de México).⁵

El índice de marginación, utilizado por el gobierno mexicano como medida resumida del grado de privación social y económica y la falta de acceso a servicios,⁶ por lo general es más alto en entidades del centro y el sur del país (Gráfica 1.3). También se observan disparidades entre estados en la disponibilidad de infraestructura y servicios básicos (como agua potable, servicios de drenaje, pisos no de tierra) y educación.

Las desigualdades sociales que se describen antes se reflejan en las condiciones de salud. Las zonas más ricas del país tienen un perfil epidemiológico más cercano al de países

Gráfica 1.2 Mapa de México



Niveles Territoriales

| | |
|----------------------------|------------------------|
| MX01 - AGUASCALIENTES | MX17 - MORELOS |
| MX02 - BAJA CALIFORNIA | MX18 - NAYARIT |
| MX03 - BAJA CALIFORNIA SUR | MX19 - NUEVO LEÓN |
| MX04 - CAMPECHE | MX20 - OAXACA |
| MX05 - COAHUILA | MX21 - PUEBLA |
| MX06 - COLIMA | MX22 - QUERÉTARO |
| MX07 - CHIAPAS | MX23 - QUINTANA ROO |
| MX08 - CHIHUAHUA | MX24 - SAN LUIS POTOSÍ |
| MX09 - DISTRITO FEDERAL | MX25 - SINALOA |
| MX10 - DURANGO | MX26 - SONORA |
| MX11 - GUANAJUATO | MX27 - TABASCO |
| MX12 - GUERRERO | MX28 - TAMAULIPAS |
| MX13 - HIDALGO | MX29 - TLAXCALA |
| MX14 - JALISCO | MX30 - VERACRUZ |
| MX15 - MÉXICO | MX31 - YUCATÁN |
| MX16 - MICHOACÁN | MX32 - ZACATECAS |

NT2: 32 Entidades federativas
 NT3: 209 Regiones

© OECD/T05-T51

Fuente:
 OECD (2000) *Territorial grids of OECD member countries*, disponible en <http://www.oecd.org/dataoecd/41/17/15236001.pdf>, París.

Gráfica 1.3 Índice de marginación por entidad federativa, 2000



Nota:

El rango del índice de marginación va de: -1.5 a -1.2 muy bajo; -1 a -0.6 bajo; -0.4 a -0.1 medio; 0 a 0.8 alto y 0.9 a 2.25 muy alto.

Fuente:

CONAPO (2001) Índice de marginación, estimación basada en INEGI: XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

más desarrollados de la OCDE, mientras que las enfermedades contagiosas aún son una causa importante de muerte en los estados más pobres (véase el Capítulo 2).

Tendencias demográficas

En términos de población, México se sitúa en tercer lugar entre los países de la OCDE, después de Estados Unidos y Japón, con un número estimado de 102 millones de habitantes en 2002 (OECD, 2004c) contra 68 millones en 1980. El país se divide en 31 estados y un Distrito Federal, que difieren en superficie geográfica y desarrollo urbano, densidad de población, ingreso per cápita y situación educativa (Cuadro 1.1). El proceso de urbanización de México ha sido acelerado y, algunas veces, desordenado. Al principio de este siglo, más de tres cuartas partes de la población vivían en zonas urbanas, en comparación con dos terceras partes en 1980. Casi una tercera parte de la población se concentra hoy en cuatro zonas metropolitanas principales y cerca de 20 millones de personas viven en la zona metropolitana de la Ciudad de México. Una cuarta parte de la población vive en localidades de menos de 2 500 habitantes (INEGI, 2000), en comparación con la mitad en 1950. Estas localidades se sitúan a menudo en partes remotas del país y albergan a la mayoría de la población indígena, que asciende a 11 millones de personas. La dispersión de la población en las zonas rurales ha permanecido alta, elevando el costo de proporcionar acceso a servicios de salud y otros servicios sociales. Aunque los grupos étnicos indígenas se encuentran dispersos en todo el territorio mexicano, se concentran en las zonas rurales

Cuadro 1.1 Indicadores básicos demográficos y sociales, México 2000

| 2000 | Estados clasificados en orden decreciente de acuerdo con el PIB per cápita | | | | | | | | Grado de marginación ³ |
|---------------------------|--|---|---|--|--|---|--|--|-----------------------------------|
| | Población (millones) ¹ | Densidad de población (habitantes por kilómetro cuadrado) | Porcentaje de la población que vive en ciudades con menos de 2 500 habitantes | Analfabetismo (porcentaje de población mayor de 15 años de edad) | Porcentaje de población mayor de 15 años de edad que no ha terminado la primaria | PIB per cápita ² (US \$, 2000) | | | |
| República Mexicana | 100.6 | 50 | 25.4 | 9.5 | 28.5 | 5,289 | | | |
| Distrito Federal | 8.8 | 5 799 | 0.2 | 2.9 | 12.2 | 13 481 | | | Muy bajo |
| Nuevo León | 3.9 | 60 | 6.6 | 3.3 | 16.5 | 9 640 | | | Muy bajo |
| Quintana Roo | 0.9 | 21 | 17.5 | 7.5 | 25.2 | 9 022 | | | Medio |
| Campeche | 0.7 | 12 | 29.0 | 11.8 | 34.2 | 8 852 | | | Alto |
| Baja California | 2.5 | 35 | 8.4 | 3.5 | 19.6 | 8 006 | | | Muy bajo |
| Chihuahua | 3.1 | 12 | 17.5 | 4.8 | 23.3 | 7 879 | | | Bajo |
| Baja California Sur | 0.4 | 6 | 18.7 | 4.2 | 21.0 | 7 037 | | | Bajo |
| Coahuila | 2.4 | 15 | 10.6 | 3.9 | 18.8 | 6 902 | | | Muy bajo |
| Aguascalientes | 1.0 | 168 | 19.8 | 4.8 | 23.0 | 6 597 | | | Bajo |
| Querétaro | 1.5 | 120 | 32.4 | 9.8 | 26.1 | 6 436 | | | Medio |
| Sonora | 2.3 | 12 | 16.9 | 4.4 | 22.4 | 6 271 | | | Bajo |
| Tamaulipas | 2.9 | 34 | 14.6 | 5.1 | 23.4 | 5 947 | | | Bajo |
| Colima | 0.6 | 96 | 14.4 | 7.2 | 27.2 | 5 290 | | | Bajo |
| Jalisco | 6.5 | 80 | 15.4 | 6.5 | 26.7 | 5 209 | | | Bajo |
| Morelos | 1.6 | 318 | 14.6 | 9.2 | 25.8 | 4 419 | | | Medio |
| Yucatán | 1.7 | 42 | 18.7 | 12.3 | 36.9 | 4 355 | | | Alto |

Cuadro 1.1 Indicadores básicos demográficos y sociales, México 2000 (cont.)

| 2000 | Estados clasificados en orden decreciente de acuerdo con el PIB per cápita | | | | | | | | Grado de marginación ³ |
|------------------|--|---|---|--|--|---|----------|--|-----------------------------------|
| | Población (millones) ¹ | Densidad de población (habitantes por kilómetro cuadrado) | Porcentaje de la población que vive en ciudades con menos de 2 500 habitantes | Analfabetismo (porcentaje de población mayor de 15 años de edad) | Porcentaje de población mayor de 15 años de edad que no ha terminado la primaria | PIB per cápita ² (US \$, 2000) | | | |
| Durango | 1.5 | 12 | 36.2 | 5.4 | 28.7 | 4 129 | Medio | | |
| Sinaloa | 2.6 | 44 | 32.6 | 8.0 | 30.1 | 4 082 | Medio | | |
| Estado de México | 13.5 | 586 | 13.7 | 6.4 | 20.8 | 4 058 | Bajo | | |
| Puebla | 5.2 | 148 | 31.7 | 14.6 | 35.2 | 3 852 | Alto | | |
| San Luis Potosí | 2.3 | 38 | 41.0 | 11.3 | 34.1 | 3 750 | Alto | | |
| Guanajuato | 4.8 | 152 | 32.8 | 12.0 | 35.7 | 3 686 | Alto | | |
| Tabasco | 1.9 | 76 | 46.3 | 9.7 | 32.3 | 3 280 | Alto | | |
| Hidalgo | 2.3 | 107 | 50.7 | 14.9 | 34.1 | 2 965 | Muy Alto | | |
| Veracruz | 7.2 | 96 | 40.9 | 14.9 | 39.2 | 2 945 | Muy Alto | | |
| Nayarit | 1.0 | 33 | 35.8 | 9.0 | 32.0 | 2 905 | Alto | | |
| Guerrero | 3.2 | 48 | 44.7 | 21.6 | 41.9 | 2 851 | Muy Alto | | |
| Tlaxcala | 1.0 | 241 | 21.5 | 7.8 | 23.4 | 2 833 | Medio | | |
| Michoacán | 4.1 | 68 | 34.6 | 13.9 | 40.2 | 2 765 | Alto | | |
| Zacatecas | 1.4 | 18 | 46.7 | 8.0 | 37.5 | 2 616 | Alto | | |
| Oaxaca | 3.6 | 37 | 55.5 | 21.5 | 45.5 | 2 175 | Muy Alto | | |
| Chiapas | 4.1 | 53 | 54.3 | 22.9 | 50.3 | 2 116 | Muy Alto | | |

Notas:

1. Población que vivía en el estado al 1 de junio.
 2. Proporción de PIB por estado y población (referencia en la primera columna). En dólares de EE.UU. a un tipo de cambio de 9.48 pesos por dólar (2000).
 3. Los rangos del índice de marginación se encuentran desde: -1.5 a -1.2 muy bajo; -1 a -0.6 bajo; -0.4 a -0.1 medio; 0 a 0.8 alto y 0.9 a 2.25 muy alto.
- Fuentes:
 Columnas uno, cuatro y cinco: estimadas por CONAPO 2002. Proyecciones de la Población de México 2000-2050, con base en INEGI: XII Censo General de Población y Vivienda 2000.
 Columnas dos y tres: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/marg2000/005.htm>
 Para la cifra del PIB, INEGI (2004) Sistema de Cuentas Nacionales, cuentas de bienes y servicios 1995-2001. <http://www.inegi.gob.mx/est/default.asp?c=1620>
 Población por estado, ver columna uno.

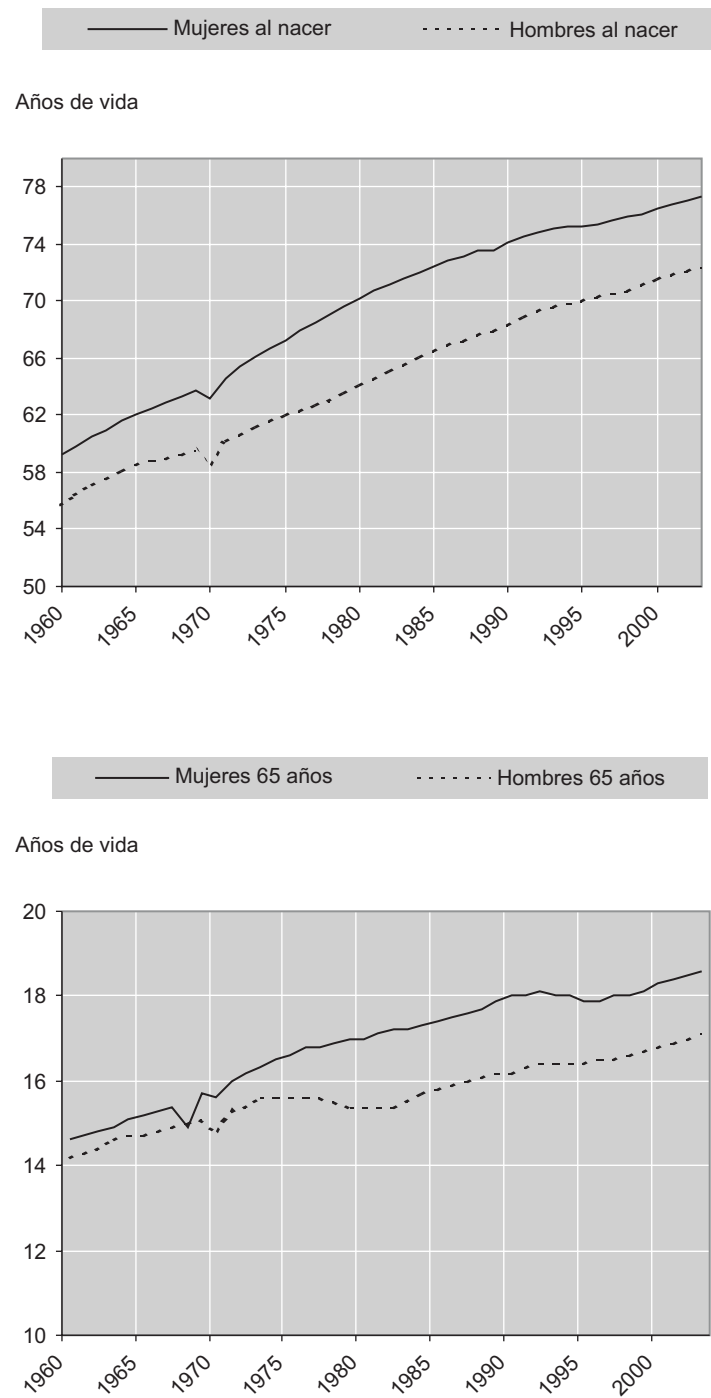
Pobres del centro y el sur del país y sufren de bajos niveles de educación, estado de salud e ingreso.

En comparación con otros países de la OCDE, la población mexicana es joven. En 2002, 5.2 por ciento de la población tenía 64 años de edad o más, en comparación con 14.3 por ciento para el promedio de los países de la Organización.⁷ No obstante, México ha experimentado una acelerada transición demográfica. Luego de registrar una tasa alta de crecimiento demográfico durante casi todo el periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial —reflejando la combinación de una esperanza de vida más larga y alta fertilidad— el aumento de la población perdió aceleración de manera notable durante las últimas dos décadas, conforme se redujo de manera drástica la tasa de fertilidad. Las tasas brutas de fertilidad pasaron de 7.2 hijos por mujer entre 15 y 49 años de edad en 1960, a 2.4 hijos en 2000. Por su parte, las tasas de mortalidad se redujeron a la mitad durante el mismo periodo. Como resultado, la esperanza de vida al nacimiento y a los 65 años de edad aumentó en forma constante (Gráfica 1.4). Entre 1960 y 2002, México experimentó también uno de los mayores aumentos en la esperanza de vida, con respecto a la zona de la OCDE (17 años). Sin embargo, la esperanza de vida al nacimiento continua entre 3.5 y 2.6 años inferior a los promedios respectivos de la Organización para hombres y mujeres, por lo que se ubica entonces en el segmento más bajo de los países de la OCDE e inferior al de muchos países con niveles de desarrollo similar (Secretaría de Salud, 2001b).

Se cuenta con que estos patrones continúen en el futuro. Se espera que la estructura de la población por grupo de edad, que se muestra en la Gráfica 1.5, envejezca durante los próximos 50 años (Capítulo 2), como resultado de caídas adicionales en las tasas de fertilidad y de mortalidad que, por el momento, se sitúan entre las más altas de los países de la OCDE (Gráfica 1.6). Por su parte, se espera que el tamaño de la población en edad de trabajar aumente, de apenas poco más de 60 por ciento de la población, a casi 70 por ciento en la década entre 2020 y 2030 (conforme los grandes segmentos de jóvenes se incorporen a la fuerza laboral). Debido a que el aumento en la proporción de personas de edad avanzada se verá compensado en parte por el descenso progresivo en el número de hijos, no se tiene proyectado un crecimiento notable en la tasa general de dependencia.

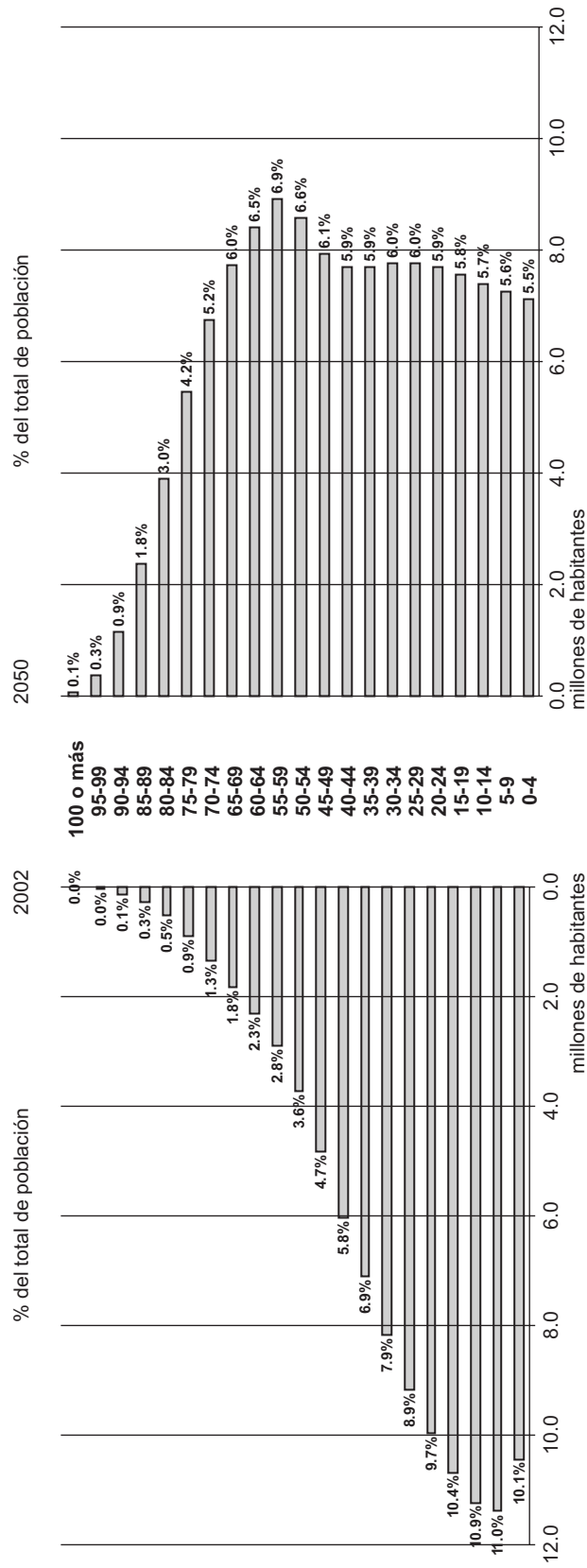
Características epidemiológicas

México ha experimentado una transición epidemiológica. Hace medio siglo, las enfermedades contagiosas e infecciosas, como la diarrea, la influenza y la neumonía, representaron la principal causa de muerte para la mayoría de la población, y han disminuido de forma continua como fuente de mortalidad a lo largo de los años, mientras que ha aumentado la importancia de las enfermedades no contagiosas, como las afecciones crónicas y las relacionadas con la edad. Estos padecimientos son ahora la principal causa de muerte y, como en otros países de la OCDE, las enfermedades cardiovasculares son el principal motivo de muerte en México (16 por ciento de todas las muertes) y la diabetes, que representó 12 por ciento de la mortalidad en 2002, es la causa de muerte de mayor importancia. Los padecimientos contagiosos tienen mayor presencia en la actualidad en las zonas rurales y donde el grado de integración social y económica es bajo (Capítulo 2).

Gráfica 1.4 **Aumento de la esperanza de vida en México, 1960-2003**

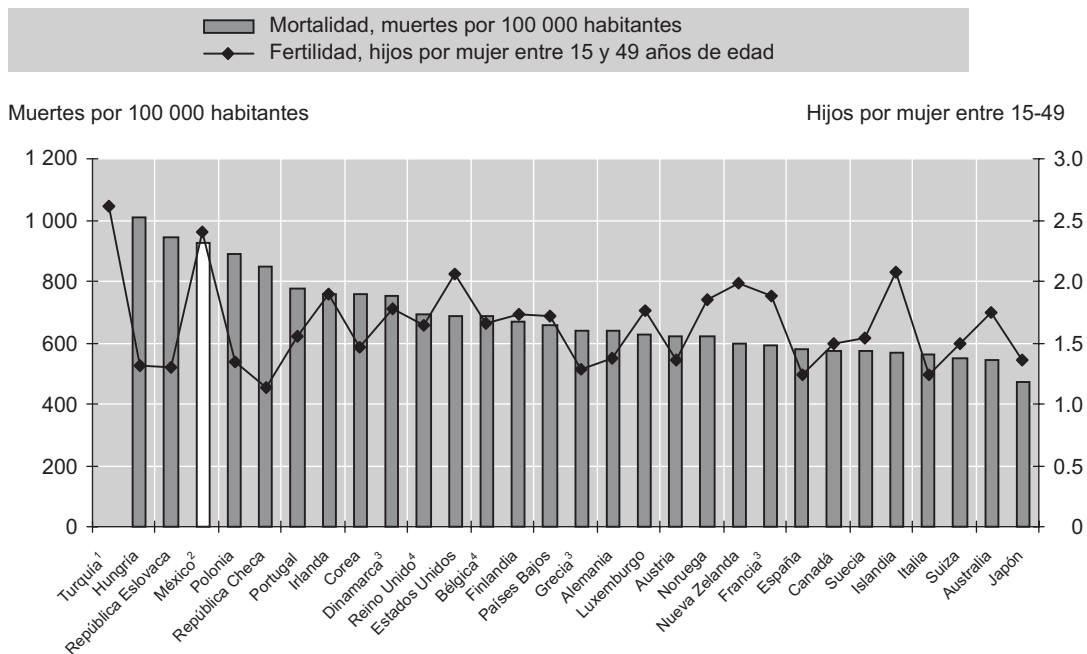
Fuente:
OECD (2004c) OECD Health Data 2004, 2a. edición.

Gráfica 1.5 Población mexicana por grupo de edad, 2002 y 2050



Fuente:
CONAPO (2004) Proyecciones de la población de México 2000-2050.

Gráfica 1.6 Mortalidad y fertilidad en países seleccionados de la OCDE



Nota:

Las cifras de mortalidad se refieren a principios de 2000 excepto (1) 1995, (2) 1997, (3) 1998 y (4) 1999.

Fuente:

OECD (2004c) OECD Health Data 2004, 2a. edición.

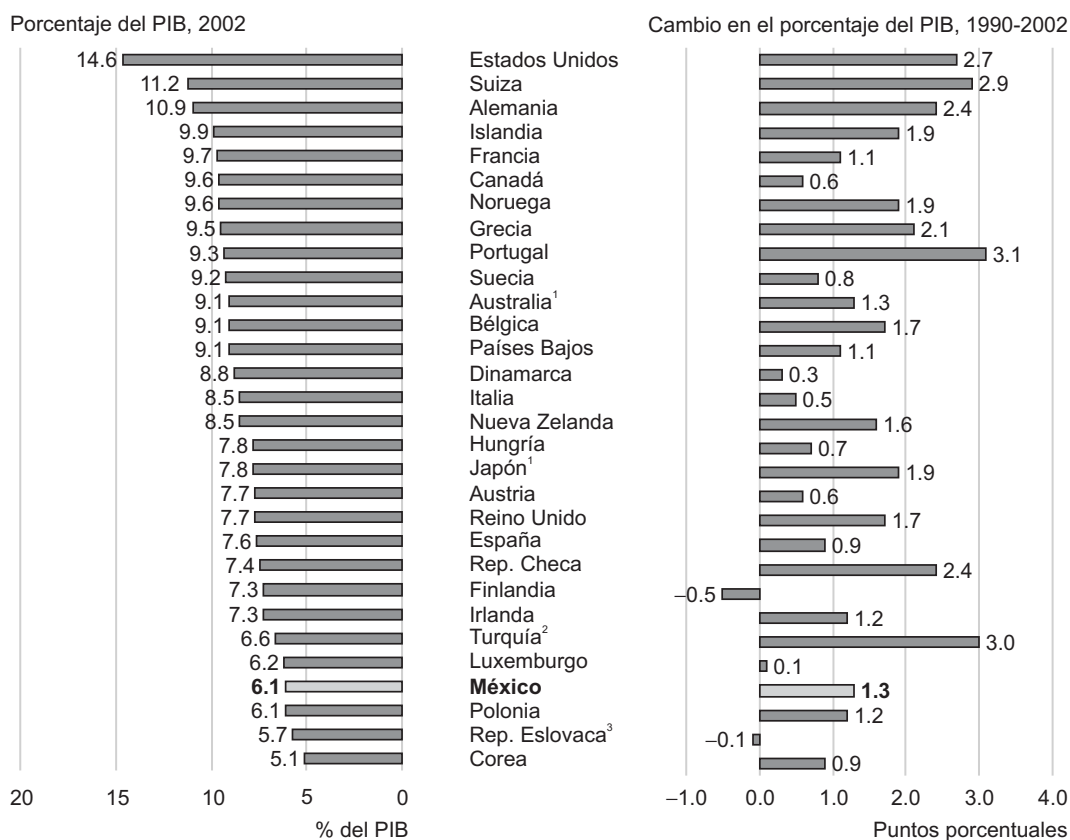
1.2 El tamaño del sistema de salud en la economía mexicana

En comparación con otros países de la OCDE, México dedica una proporción relativamente baja de su PIB al gasto en salud. En 2002, México gastó 6.1 por ciento de su PIB en salud lo que lo sitúa entre los países de la Organización que registran las proporciones más bajas (Gráfica 1.7) y en niveles inferiores en relación con países latinoamericanos con grados de desarrollo similares, como Argentina, Brasil, Chile y Costa Rica (Cuadro 1.2). En el caso del gasto per cápita en salud (Gráfica 1.8), se observa una clasificación similar. Por su parte, el gasto en salud como proporción del PIB aumentó en México de 4.8 por ciento en 1990 a 6.1 por ciento en 2002. Este incremento en las erogaciones en salud fue apenas inferior al aumento promedio de la OCDE que pasó de 7.2 a 8.6 por ciento. Cabe apuntar que la proporción de erogaciones del gobierno federal en salud ascendió a 12 por ciento en 2002⁸ (Cuadro 1.3).

1.3 Cobertura y financiamiento de servicios de salud

La cobertura de los servicios de salud en México se encuentra en extremo fragmentada. La estructura del financiamiento de la salud refleja los numerosos esquemas de aseguramiento y el papel significativo del sector privado en la prestación y el financiamiento de los servicios de salud.

Gráfica 1.7 **Gasto en salud en países de la OCDE como porcentaje del PIB, 2002**



Notas:

(1) 2001; (2) 2000; (3) 1997-2002.

Fuente:

OECD (2004c) OECD Health Data 2004, 2a. edición.

En 2002, México reportó 5.8% en el indicador "Gasto en salud como porcentaje del PIB", de acuerdo con Secretaría de Salud. Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas, 1a. edición, México, D.F.

Cuadro 1.2 **Ingreso per cápita y gasto en salud como proporción del PIB, países seleccionados de América Latina**

| | PIB per cápita, US\$ PPC ¹ | Gasto en salud como proporción del PIB ² |
|------------|---------------------------------------|---|
| México | 8 540 | 6.1 |
| Argentina | 9 230 | 9.5 |
| Brasil | 7 250 | 7.6 |
| Colombia | 5 870 | 5.5 |
| Costa Rica | 8 260 | 7.2 |
| Chile | 9 180 | 7.0 |

Notas:

¹ Cifras correspondientes a 2000.

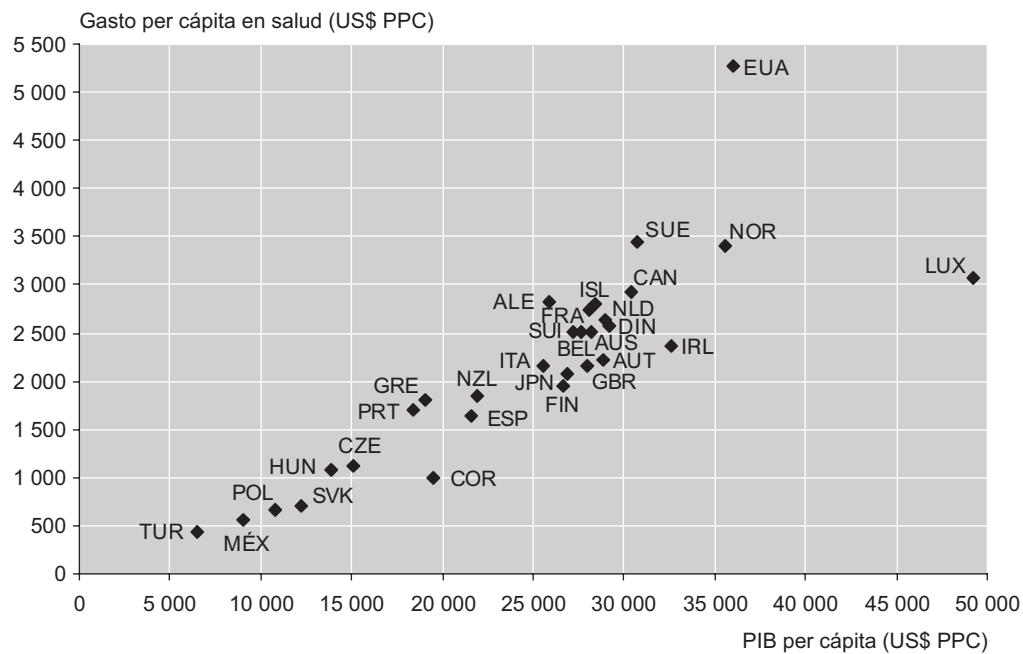
² Cifras correspondientes a 2001.

Fuentes:

¹ Banco Mundial (2004c) World Indicators.

² Organización Mundial de la Salud (2000) World Health Report. En 2001, México reportó 5.8% en el indicador "gasto en salud como porcentaje del PIB", de acuerdo con Secretaría de Salud. Salud: México 2001. Información para la rendición de cuentas, 1a. edición, México, D.F.

Gráfica 1.8 Gasto total en salud y PIB per cápita, en países de la OCDE, 2002



Fuente:
OECD (2004c) OECD Health Data 2004, 2a. edición.

Cuadro 1.3 Participación del gasto público destinado a la salud en México, 1995-2002

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| Total, miles de millones de pesos | 290.4 | 403.4 | 528.1 | 600.6 | 711.2 | 864.7 | 937.2 | 1078.9 |
| Cambios porcentuales, en términos reales | -15.6 | 6.3 | 11.2 | -1.5 | 3.1 | 9.8 | 4.0 | 10.1 |
| Porcentaje del total | | | | | | | | |
| Salud | 14.0 | 12.9 | 13.4 | 14.7 | 15.5 | 14.1 | 14.5 | 12.3 |

Fuente:
Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2001 y 2002a) Cuenta de la Hacienda Pública Federal, México.

1.3.1 Fragmentación de la cobertura de los servicios de salud entre las diversas instituciones

Como se muestra en la Gráfica 1.9, la cobertura de servicios de salud en México se presta en una gran variedad de instituciones. Los términos “no asegurado” y “asegurado” se refieren a un entorno institucional particular en el que las personas reciben la atención médica.⁹ La población “asegurada” recibe atención gratuita de prestadores de servicios que pertenecen a su institución de seguridad social. La llamada población “no asegurada”, aunque no está cubierta por un mecanismo de aseguramiento, puede tener acceso a servicios de salud a costos marcadamente menores que los de mercado en establecimientos de la Secretaría de Salud y de los estados financiados con recursos públicos. A pesar de contar con acceso abierto a los establecimientos de salud estatales, una gran parte de la población

Gráfica 1.9 **La integración vertical del sistema de salud en México antes de la reforma**

| Categoría de población / Funciones | Población asegurada | | | | Población no asegurada | |
|---|----------------------|------------------------------|--------|------------------------------------|--|---|
| | Aseg. privados | Sistemas de seguridad social | | | Con acceso a servicios públicos de salud | Sin acceso |
| Regulación (Normalización, control de calidad) | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| Financiamiento (aportaciones a seguros o pago por servicio) | Empresas comerciales | IMSS | ISSSTE | Otras (PEMEX, SEMAR, SEDENA, etc.) | Secretaría de Salud y SESA ¹ | IMSS-Oportunidades (Medicina tradicional) |
| Prestación de servicios de salud | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| Porcentaje de población (estimado) ² | 3% | 40% | 9% | 2% | 49% | 3% ³ |

Mayor ingreso → ← Menor ingreso

Notas:

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

ISSSTE: Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado.

SESA: Servicios Estatales de Salud.

IMSS-Oportunidades: Servicios públicos de salud para comunidades rurales pobres.

¹ Incluye servicios estatales de salud y del Distrito Federal.

² Los valores no necesariamente suman 100% dado que existe un traslape entre categorías (los asegurados en el sector privado con frecuencia están cubiertos por el sistema de seguridad social). Para los asegurados, las estimaciones se basan en individuos con un derecho a la seguridad social (derechohabientes), mientras que la estimación de los servicios públicos en salud se basa sobre los que no tienen derecho a la seguridad social. En todas las categorías existen recursos ocasionales del seguro privado en salud y más frecuentemente se financia del gasto de bolsillo.

³ De acuerdo con lo que se presenta en Hernández Ávila et al. (2001) la definición de no acceso se relaciona con la falta de acceso geográfico al segundo nivel de atención con un rango de 25 km.

Fuente:

Actualizado por OCDE (1998) Estudios Económicos de la OCDE: México 1997/1998, México.

no asegurada, en especial la que vive en zonas marginadas y rurales, enfrenta barreras significativas para acceder a los servicios y se ve obligada a realizar gastos que, en gran parte, provienen del bolsillo de las personas. A lo largo del tiempo, se han diseñado varios programas públicos, la mayoría de los cuales se encuentran aún en operación, para facilitar el acceso a los servicios de salud para la población no asegurada. Estos programas han mejorado de manera considerable el acceso a los servicios. En la actualidad, sólo una fracción mínima de la población no está asegurada y no tiene acceso alguno a servicios de salud, aunque persisten los problemas de calidad y adecuación de los servicios que se prestan en los establecimientos de los estados.

Se estima que alrededor de la mitad de la población tiene acceso a aseguramiento en salud por medio de los diversos sistemas de Seguridad Social (SS) (Recuadro 1.2). Estas instituciones tienen el mandato de dar cobertura en servicios de salud a los empleados asalariados que trabajan en el sector formal, es decir, los trabajadores registrados por sus empleadores ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) u otras instituciones de seguridad social. La cobertura de la seguridad social también puede obtenerse de manera voluntaria mediante el llamado Seguro de Salud para la Familia (SSF), un esquema de aseguramiento en salud establecido por el IMSS para personas autoempleadas, al igual que por medio de un sistema de afiliación voluntaria (IVRO, véase más adelante). En la actualidad, sólo un número limitado de personas están cubiertas mediante el SSF.

Recuadro 1.2 ¿Cuántos mexicanos tienen seguro de salud?

Existe una serie de estimaciones para el número de personas y familias que cubren las instituciones mexicanas de seguridad social y, como consecuencia, del número de personas no aseguradas, incluyendo los cálculos que se registran en la información administrativa y en las encuestas de población.

Aunque se reconoce que los datos pueden estar sobre o subestimados, en este informe se emplean cálculos oficiales proporcionados por la Secretaría de Salud que distinguen entre la población “derechohabiente” y la población “no derechohabiente”.

1) Datos administrativos

El Boletín de Información Estadística (Secretaría de Salud, 2004a, última revisión en Octubre 2004) registra tres cálculos diferentes de la población cubierta por instituciones de seguridad social:

- La población “derechohabiente”, que incluye a personas con el derecho a la cobertura que ofrece la seguridad social de acuerdo con estimaciones de la Secretaría de Salud. Se calculó que este grupo estaba integrado por 52.5 millones de personas en 2002. El resto de la población sin acceso a cobertura de instituciones de seguridad social o “no derechohabientes” se estimó en 50 millones para ese mismo año.
- La “población legal” incluye a las personas con cobertura de seguridad social de acuerdo con cálculos propios de las instituciones del ramo. Se estimó que, en 2002, este grupo estaba integrado por 59 millones de personas.

Recuadro 1.2 ¿Cuántos mexicanos tienen seguro de salud? (cont.)

— Los “usuarios” incluyen a personas que han utilizado el sistema, cifra que tiende a ser menor que la de aquellos con derecho a hacer uso de las instituciones de seguridad social. Se calculó que este grupo estaba integrado, en 2002, por 41 millones de personas.

| | Derechohabiente/no derechohabiente | Población legal | Usuarios |
|---|------------------------------------|-------------------|-------------------|
| IMSS | 40 930 315 ^e | 46 198 689 | 31 741 283 |
| ISSSTE | 9 128 551 ^e | 10 303 539 | 6 962 864 |
| Población asegurada (Seguridad Social) | 52 532 867 | 59 294 671 | 41 264 072 |
| % del total | 51.0% | 57.0% | 50.7% |
| | | | |
| Población no asegurada | 50 507 097 | 44 815 817 | 40 110 703 |
| % del total | 49.0% | 43.0% | 49.3% |

Notas:

Sólo se dispone de un cálculo general para el número de “derechohabientes” que no está desglosado por institución.

Los datos de cobertura del IMSS y del ISSSTE (e) se calcularon de la siguiente manera: i) cada institución proporcionó datos sobre la “población legal” que cubre (incluye a personas que pagan contribuciones y una estimación del número de sus dependientes); ii) se derivó la proporción de cada institución en el total de “población legal” asegurada; iii) se aplicó esta proporción a la estimación general de la población “derechohabiente”.

Fuente:

Secretaría de Salud (2004a) Boletín de Información Estadística (Vol. 1, Recursos y Servicios), Núm. 22. Última versión revisada al mes de octubre de 2004.

La principal razón que explica las diferencias entre el número de “derechohabientes” y la “población legal” se relaciona con la metodología para estimar la cobertura de los dependientes. Por ejemplo, el IMSS no cuenta con un padrón de personas cubiertas, sino que sólo registra a quienes realizan la contribución (cerca de 13 millones de personas en septiembre de 2003) o que utilizan el servicio (32 millones de personas en septiembre de 2003). El IMSS estima la población que cubre mediante la aplicación de un factor de dependientes al número de personas que contribuyen. Estos datos se consideran sobreestimados, tanto por la aplicación de un factor de dependientes alto como porque los datos podrían contener cierto grado de duplicación en la contabilidad, por ejemplo, en el caso de que más de un miembro de la familia contribuya a la seguridad social.

2) Datos de encuestas

Existe una discrepancia considerable entre los datos administrativos y los informados en las encuestas de población (véase el cuadro de la página 39), entre las que se incluye la Encuesta Nacional de Salud (ENSA/2000); la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENSS/2000), y la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH/2000).

Recuadro 1.2 ¿Cuántos mexicanos tienen seguro de salud? (cont.)

| | Encuesta Nacional de Salud – 2000 | Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social – 2000 | Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares – 2000 |
|-------------------------------|-----------------------------------|---|--|
| Población asegurada | 39 350 622 | 40 559 977 | 9 933 498 |
| % del total | 40.8% | 41.7% | 42.3% |
| Población no asegurada | 57 142 979 | 56 783 872 | 13 551 254 |
| % del total | 59.2% | 58.3% | 57.7% |

Nota: Las cifras absolutas se refieren al número de observaciones.
Fuente: Banco Mundial (2004b).

Luego de analizar la información de cobertura que se desprende de los datos administrativos y de las encuestas, un estudio del Banco Mundial estima que la población asegurada sólo alcanza 45 por ciento, y la no asegurada llega a 55 por ciento (Banco Mundial, 2004b). Por su parte, en CISS (2003) se presentan resultados similares. A la luz de lo anterior, es posible esperar ajustes en las cifras oficiales que reduzcan la participación de la seguridad social.

En fechas recientes, la Secretaría de Salud dio a conocer una nueva reforma para extender la cobertura a quienes no tienen acceso a la seguridad social. El Seguro Popular de Salud (SP) proporciona a las familias acceso voluntario a aseguramiento en salud.¹⁰ Por último, es posible obtener un seguro médico en el sector privado, aunque el aseguramiento privado sólo cubre a menos de 3 por ciento de la población, que a menudo son personas que ya están cubiertas por el sistema de seguridad social.

Todos los esquemas y programas que operan en el sistema de salud mexicano difieren en función de las prestaciones que otorgan, los mecanismos de financiamiento y la población objetivo (Cuadro 1.4), así como del gasto por beneficiario (Cuadro 1.5). En los párrafos siguientes se presenta información descriptiva adicional sobre estos programas.

Sistema de seguridad social (SS)

El sistema de seguridad social en México es obligatorio para los trabajadores asalariados en el sector formal y proporciona servicios de salud y otras prestaciones para los beneficiarios y sus dependientes. Se observa el funcionamiento de varios fondos, cada uno de los cuales cubre distintas categorías de empleados. Estas instituciones son responsables de financiar y prestar servicios de salud a sus afiliados y operar como estructuras integradas de manera vertical. Cada una de ellas emplea médicos asalariados y es propietaria de hospitales y clínicas. Las instituciones también proporcionan una serie de prestaciones adicionales a sus miembros, como licencias de maternidad e incapacidad, seguro de vida, invalidez y vejez, despido y retiro, accidentes laborales y guarderías.¹¹

Cuadro 1.4 Esquemas públicos de aseguramiento en salud y otros programas para fomentar el acceso a los servicios de salud en México

| Esquema/ Programa | Año | Tipo de esquema | Grupos objetivo | Condiciones de selección | Paquete de beneficios | Mecanismo de financiamiento | Establecimientos utilizados | Copagos |
|---|---|--|--|--|---|--|---|---|
| <i>Población asegurada – Seguridad Social</i> | | | | | | | | |
| IMSS | Desde 1943. | Esquemas de seguridad social, con prestadores del servicio integrados. | Todos los trabajadores del sector privado formal (se excluyen los autoempleados, los trabajadores en el sector informal y los desempleados). | <ul style="list-style-type: none"> Contribuyentes (trabajadores). Miembros de la familia: cónyuge; padres dependientes; hijos dependientes (hasta 16 años de edad en el IMSS; hasta 18 años en otros esquemas; hasta 25 años si son estudiantes a tiempo completo; hijos discapacitados sin límite de edad). | Prestaciones en especie (es decir, servicios de salud). La Ley del Seguro Social (LSS) establece disposiciones amplias sobre las prestaciones, que incluyen servicios preventivos y curativos, servicios primarios, secundarios y de tercer nivel no especializados. La LSS no contempla exclusiones por afecciones preexistentes ni plazos de espera. Los recursos disponibles determinan la oferta efectiva de servicios. | IMSS: Aportación tripartita: ¹ i) Federal: 13.9% del salario mínimo en 1997, actualizado por inflación. (En enero de 2004, equivalente a cerca de 14.5% del salario mínimo). ii) Patrón: 13.9% del salario mínimo en 1997. El porcentaje aumentará hasta alcanzar 20.4% en 2007. iii) Trabajador/Patrón Varía dependiendo del salario. ² La contribución decrecerá cada año, hasta llegar a 1.1% para patrones y 0.4% para trabajadores en 2007. | Cada esquema es propietario y operador de sus clínicas y hospitales. En caso de urgencia, se puede atender a los pacientes en unidades médicas de otra institución. | De acuerdo con la LSS y las normas de cada institución, no se requiere el uso de copagos. |
| | | | Todos los trabajadores del gobierno (federal y algunos estatales). | | También se proveen beneficios monetarios cuando el trabajador está inhabilitado para laborar debido a una enfermedad o maternidad. El marco regulatorio para cada institución establece los requerimientos, duración y otras condiciones. | ISSSTE: Aportación bipartita: i) Patrón (normalmente el gobierno federal; aporta en su papel de patrón): 6.75% del salario base. ii) Trabajadores: 2.75% del salario base. | | |
| | | | Empleados de la armada, la marina y Petróleos Mexicanos (PEMEX, empresa propiedad del Estado). | | | | | |
| PEMEX, SEMAR, SEDENA | Establecidos en las décadas de 1940 y 1950. | | | | | | | |
| <i>Población no asegurada – Seguro público voluntario</i> | | | | | | | | |
| Seguro de Salud para la Familia (SSF) | Desde 1995. | Seguro de salud público voluntario operado por el IMSS. | Personas fuera del sector formal que están dispuestas a adquirir un seguro voluntario de cobertura de salud. | Sujeto al pago de primas del SSF. | Mismas que el paquete del IMSS. Algunas exclusiones de enfermedades preexistentes y plazos de espera de acuerdo con la LSS. | Desde la LSS de 2001: i) Federal: 13.9% del salario mínimo en 1997, actualizado por inflación. ii) Miembros de la familia: primas por grupo de edad, ajustadas cada año por inflación. | Propiedad del IMSS y operadas por la institución. | Ninguno. |

Cuadro 1.4 Esquemas públicos de aseguramiento en salud y otros programas para fomentar el acceso a los servicios de salud en México (cont.)

| Esquema/ Programa | Año | Tipo de esquema | Grupos objetivo | Condiciones de selección | Paquete de beneficios | Mecanismo de financiamiento | Establecimientos utilizados | Copagos |
|--|--|---|--|--|---|---|---|--|
| Seguro Popular de Salud (SP) (incluido en el SPSS) | Funcionó como programa piloto entre 2001 y 2003. Comenzó a operar conforme con un marco de financiamiento más integral el 1° de enero de 2004, luego de las reformas a la Ley General de Salud en abril de 2003. | Seguro de salud público voluntario coordinado por la Secretaría de Salud. | Personas no aseguradas excluidas de la seguridad social, dispuestas a adquirir un seguro público voluntario de salud. | Sujeto a una cuota anual por familia afiliada de acuerdo con el nivel de ingresos. | Un paquete básico de intervenciones de primer y segundo nivel, así como algunas intervenciones de alto costo en el tercer nivel de atención. | Aportación tripartita: i) Cuota social (gobierno federal). ii) Aportación solidaria federal y estatal. iii) Aportación familiar relacionada con el nivel de ingresos. | Unidades médicas de los SESSA y otras unidades federales coordinadas por la Secretaría de Salud como son los Institutos Nacionales de Salud. La reforma permite la posibilidad de utilizar otros prestadores de servicios del Sistema Nacional de Salud sobre la base de convenios de prestación de servicios (como la SS o el sector privado). | Ninguno (2004). La Ley contempla la posibilidad de aplicar copagos. |
| <i>Población no asegurada – esquemas gubernamentales para garantizar el acceso a los servicios</i> | | | | | | | | |
| Servicios estatales de salud (SESA) y establecimientos de la Secretaría de Salud | Desde 1943. | Sistema público integrado. | Orientado de manera específica para proporcionar acceso a servicios para quienes no cuentan con cobertura de seguridad social. | Los establecimientos de la Secretaría de Salud y los SESSA están abiertos para toda la población mediante el pago de cuotas de recuperación. | La Ley General de Salud de 1984 establece amplios beneficios (atención primaria, secundaria y de tercer nivel no especializado; así como servicios preventivos y curativos). Los recursos disponibles determinan la oferta efectiva de servicios. | i) Presupuesto federal: Ramo 12 (Secretaría de Salud); Aportaciones para los Servicios de Salud [FASSA], que representa una asignación federal a los estados. ii) Recursos propios de los estados: parte del Ramo 28 y cualquier monto de recursos de los ingresos propios de los estados. iii) Cuotas de recuperación (para quienes no están afiliados al SP). | Establecimientos de los SESSA y de la Secretaría de Salud (clínicas, hospitales, unidades de tercer nivel especializadas y de alta tecnología, como los Institutos Nacionales de Salud). | La Secretaría de Hacienda establece niveles indicativos de cuotas de recuperación de acuerdo con el ingreso familiar. Las cuotas de recuperación que se cobran en la práctica son establecidas por cada estado y pueden variar entre entidades y hospitales. |

Cuadro 1.4 Esquemas públicos de aseguramiento en salud y otros programas para fomentar el acceso a los servicios de salud en México (cont.)

| Esquema/ Programa | Año | Tipo de esquema | Grupos objetivo | Condiciones de selección | Paquete de beneficios | Mecanismo de financiamiento | Establecimientos utilizados | Copagos |
|----------------------------|--|--|--|--|--|---|---|----------|
| IMSS- Oportunidades | Desde 1979 (antes llamado IMSS-Solidaridad). | Programa con orientación geográfica que proporciona servicios básicos de salud a poblaciones marginadas, administrado por el IMSS y financiado por el gobierno federal. | Grupos marginados que residen en zonas rurales sin acceso alguno a servicios básicos de salud. | Con base geográfica de acuerdo con el nivel de marginación. Todos los miembros de comunidades donde existe IMSS- Oportunidades (17 estados) cumplen las condiciones de acceso. | Atención hospitalaria y ambulatoria; medicinas provistas en cualquier unidad médica de IMSS- Oportunidades. | Asignaciones presupuestarias del gobierno federal. | Unidades médicas de IMSS- Oportunidades (3 540 de primer nivel y 69 unidades de segundo nivel). | Ninguno. |
| PAC | Funcionó entre 1996 y 2003. Los recursos empleados para este programa se descentralizaron hacia los estados. | Programa con orientación geográfica, que financia el acceso a un paquete básico administrado por la Secretaría de Salud, financiado por el gobierno federal. | Residentes de zonas rurales y altamente marginadas. | Bases geográficas. Todos los miembros de las comunidades donde operaba el PAC cumplen las condiciones de selección. | Paquete básico que incluye 13 intervenciones. | Asignaciones presupuestarias de la Secretaría de Hacienda y apoyo del Banco Mundial hasta el 2003. | Establecimientos de los SESA. | Ninguno. |
| Oportunidades | Desde 1997 (antes llamado Progreso). | Programa de alivio de la pobreza sujeto a comprobación de situación socioeconómica que proporciona apoyos al ingreso y servicios sociales, financiado y administrado por SEDESOL. Se incluye un componente de salud. | Personas en pobreza extrema. | Familias de zonas altamente marginadas identificadas por medio de un proceso de análisis socioeconómico. Estas personas reciben una tarjeta de identificación. | El componente de salud ofrece acceso libre al mismo paquete básico de intervenciones que el PAC; también proporciona suplementos nutricionales y educación en salud. | Financiado por el gobierno federal. Los recursos para el componente de salud de Oportunidades se canalizan por medio del Ramo 12 (presupuesto de la Secretaría de Salud). | Establecimientos de IMSS- Oportunidades y de SESA. | Ninguno. |

Notas: (1) Estos niveles de contribución fueron establecidos en la reforma de la Ley del Seguro Social de 1995. (2) Las tasas de aportación al IMSS varían de la siguiente manera: Si el salario base de aportación es < 3 salarios mínimos: Trabajadores: Cerro; Si el salario base de aportación es > 3 salarios mínimos: Trabajadores: 2% x (salario base de aportación - 3 salarios mínimos); Patronos: 6% x (salario base de aportación - 3 salarios mínimos). (3) Véase el Capítulo 3 para una descripción más completa del SP y la reforma del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Fuente: OCDE, con base en fuentes de información oficiales y otras publicaciones.

Cuadro 1.5 Población cubierta y gasto por persona cubierta en México, 2002

| | Gasto por programa (pesos corrientes, '000) | Cobertura ¹ | Gasto per cápita (pesos corrientes) |
|---|--|------------------------|--|
| Ramo 12 ² | 20 127 347 | 50 507 097 | 399 |
| Ramo 33 | 27 411 293 | 50 507 097 | 543 |
| Gasto estatal en salud ³ | 10 000 370 | 50 507 097 | 198 |
| Total federal y estatal | 57 539 010 | 50 507 097 | 1 139 |
| IMSS | 91 020 087 | 40 930 315 | 2 224 |
| ISSSTE | 15 101 493 | 9 128 315 | 1 654 |
| PEMEX | 5 671 721 | 599 128 | 9 467 |
| Total seguridad social⁴ | 111 793 301 | 52 532 867 | 2 128 |
| Total sector público | 169 332 311 | 103 039 964 | 1 643 |

Notas:

¹ Las cifras de cobertura se refieren a si una persona tiene o no el derecho de utilizar los servicios de la seguridad social ("derechohabiente"), según estimaciones de CONAPO. En el caso de los servicios de salud federales y estatales, el número se refiere a quienes no tienen derecho a cobertura de seguridad social. Los datos de cobertura para IMSS, ISSSTE y PEMEX se calcularon como sigue: i) cada institución reporta información sobre "población potencial" que cubre (se incluye a personas que realizan aportaciones y a los dependientes potenciales); ii) se calculó la proporción de "población potencial" de cada institución en el total; iii) esta proporción fue aplicada a la proyección general de la población "derechohabiente".

² El gasto en el Ramo 12 incluye: Unidades Administrativas Centrales (3 509 millones de pesos), Estados federales (2 925 millones de pesos), Organismos descentralizados (10 581 millones de pesos incluye IMSS-Oportunidades con 4 191 millones de pesos), Órganos desconcentrados (2 846 millones de pesos), Seguro Popular (162 millones de pesos), Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud (20 millones de pesos) y Comunidades Saludables (81 millones de pesos). PAC y Oportunidades, que se incluyen en el Ramo 12, son parte del Programa Nacional de Salud financiado por el Ramo 12 por un monto total de 1 811 millones de pesos para Oportunidades y 1 056 millones de pesos para el PAC.

³ Incluye aportaciones estatales a partir de ingresos por transferencias (Ramo 28) y recursos propios de los estados.

⁴ Incluye otras instituciones de Seguridad Social de menor tamaño.

Fuente:

Secretaría de Salud (2004a) Boletín de Información Estadística, 2002.

Las principales organizaciones de la seguridad social son el IMSS y el ISSSTE. El IMSS es la institución más grande y uno de los principales empleadores de México.¹² Proporciona seguridad social a la mayoría de los empleados asalariados formales del sector privado y sus familias. La segunda institución en función del tamaño es el ISSSTE, que ofrece protección de seguridad social a los trabajadores del gobierno (en su mayoría empleados federales y algunos estatales).¹³ Otras instituciones de menor envergadura atienden a los empleados de la marina (SEMAR), de la armada (SEDENA) y del monopolio petrolero del Estado, Petróleos Mexicanos (PEMEX). En la Ciudad de México, la fuerza de policía, el gobierno del Distrito Federal y el Metro (sistema de transporte colectivo subterráneo) cuentan con sus propios convenios de seguridad social.

Se estima que el total de la población asegurada asciende a 52.5 millones o 51 por ciento de la población total. Sin embargo, los cálculos alternativos varían entre 40 y 60 por ciento de la población, dependiendo de la definición y la fuente que se utilice (Recuadro 1.2). Este porcentaje de cobertura, bajo en términos comparativos, es consecuencia de la estructura del mercado laboral mexicano. Durante las crisis económicas sucesivas de las décadas de 1980 y 1990, el empleo experimentó un cambio hacia el sector informal, el cual

comprende alrededor de una cuarta parte del número total de trabajadores; es decir, el segmento del mercado laboral en el que los empleadores no declaran a sus empleados y no realizan aportaciones a la seguridad social. Sin embargo, algunas de estas personas pueden estar cubiertas si son dependientes de alguien con cobertura en la seguridad social (INEGI, 2004). Se estima que el sector informal absorbe cerca de una tercera parte de las personas que ingresan cada año al mercado laboral (OECD, 2004b).

En la actualidad, el financiamiento de las instituciones de seguridad social proviene de una combinación de aportaciones de empleadores y trabajadores y una transferencia del gobierno federal. La reforma financiera llevada a cabo por el IMSS en 1995 (y puesta en marcha desde mediados de 1997) se está acercando a una situación de estabilidad luego de un periodo de transición de 10 años. La reforma ha aumentado de manera importante el financiamiento del gobierno para la atención médica mediante los beneficios de enfermedades y maternidad (Banco Mundial, 2004b).¹⁴ En el caso del ISSSTE, el gobierno contribuye en su capacidad de empleador y la tasa de contribución de 9.5 por ciento (de la remuneración) se reparte (en una proporción de 70/30) entre el empleador y el trabajador. Sin embargo, el ISSSTE aún registra un déficit alto (Capítulo 2).

Las prestaciones de servicios de salud que cubre el sistema de SS incluyen todos aquellos servicios que se prestan en cada establecimiento de SS.¹⁵ No existe un paquete de servicios o una lista específica de lo que se cubre, aparte de un derecho genérico a contar con cobertura de atención médica como lo indican la Ley General de Salud (LGS) y las leyes de seguridad social que rigen al IMSS y al ISSSTE. El tipo y alcance de los servicios que reciben los derechohabientes depende de la disponibilidad de recursos en cada institución. Los tratamientos que ofrecen los esquemas de SS incluyen los casos agudos y la consulta externa en hospitales, el embarazo y el parto, servicios de médicos generales y especialistas y la mayor parte de los medicamentos que se prescriben. No existe reparto de costos (copagos).

Seguro de salud voluntario operado por el IMSS (Seguro de Salud para la Familia, SSF) e Incorporación Voluntaria al Régimen Ordinario (IVRO)

A partir de la reforma a la seguridad social que se puso en marcha en 1997, el IMSS ofrece un esquema voluntario de prestaciones de salud orientado hacia las personas autoempleadas y otros trabajadores del sector informal¹⁶ llamado el Seguro de Salud para la Familia (SSF). La cobertura que ofrece el SSF es la misma de que disponen los derechohabientes del IMSS mediante el Seguro de Enfermedades y Maternidad, aunque, en el caso del SSF, la cobertura del seguro está sujeta a tiempos de espera para ciertos servicios y a exclusiones para padecimientos preexistentes. La aportación que se realiza para el SSF se comparte entre el gobierno y el asegurado. En la práctica, la afiliación voluntaria permanece en niveles bajos (alrededor de 360 mil personas en 2003).¹⁷ A fin de minimizar los problemas de selección adversa encontrados como resultado de la aplicación de primas fijas por familia y el alto costo de afiliarse al programa, en 2001 se puso en marcha un cambio en las tasas de contribución, de manera que las primas se ajustan ahora por el número y la edad de los miembros de la familia. La edad promedio de los suscriptores al programa (entre 39 y 40 años de edad) es en gran medida mayor que la de los afiliados al sistema global del IMSS (entre 29 y 30 años de edad).

Las personas empleadas en negocios pequeños o los trabajadores independientes (como en el caso de las empresas familiares, los artesanos, los trabajadores domésticos, etcétera) pueden afiliarse al régimen ordinario del IMSS de manera voluntaria (la Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio, IVRO) por medio de un convenio con el IMSS.¹⁸ Las personas aseguradas mediante el esquema de IVRO, pagan tanto la aportación del empleador como la del empleado, en un equivalente del salario mínimo del Distrito Federal. Las prestaciones que se obtienen incluyen los servicios médicos y de maternidad, invalidez y seguro de vida, además de la jubilación. Sin embargo, se excluyen algunos tratamientos y artículos médicos, como los dentales, de óptica, los tratamientos de fertilidad y los exámenes médicos preventivos. No se incluyen en el seguro las condiciones preexistentes y además, existen periodos de espera para algunas condiciones .

Acceso a servicios financiados por el sector público fuera de la seguridad social

Prestadores de servicios pertenecientes a la Secretaría de Salud y a los Servicios Estatales de Salud (SESA)

La Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud (SESA) son responsables de prestar servicios médicos a quienes no pertenecen al sistema de seguridad social, por lo general, a cambio del pago de cuotas de recuperación en función del ingreso.¹⁹ Las personas cubiertas por el sistema de seguridad social también tienen acceso a los SESA. Sin embargo, aunque un gran número de quienes pertenecen al sistema de seguridad social tiende a no recurrir a los servicios que prestan la Secretaría de Salud y los SESA, existe evidencia de que estas personas también utilizan servicios de otros organismos.²⁰ La población no cubierta por la seguridad social es un grupo heterogéneo, que incluye a personas de zonas rurales y marginados urbanos. Una buena parte de esta población aún enfrenta algunas dificultades de acceso debido a los problemas de distancia y de falta de insumos médicos (Capítulo 2).

Otros programas para mejorar el acceso de la población no asegurada

Durante los últimos años se han puesto en marcha diversos programas orientados a mejorar el acceso a los servicios para la población no asegurada y ofrecerles, por lo menos, los servicios básicos (Cuadro 1.4):²¹

- El programa IMSS-Oportunidades es administrado por el IMSS, pero financiado ante todo por el gobierno federal. El esquema presta servicios ambulatorios, de hospitalización y de entrega de medicamentos a comunidades pequeñas, en zonas donde no se dispone de otros servicios. Las personas que viven en estas zonas cumplen los requisitos para recibir servicios de salud sin costo y no tienen que demostrar que carecen de otros medios de acceso a ellos. En 2002, este programa contaba con un presupuesto de 4.2 miles de millones de pesos (2.4 por ciento del total de gasto público en salud) y se estima que atendía a una población de 11 millones de personas. Debido a la falta de un padrón de personas cubiertas, un gran número de usuarios (que se estima en más de una tercera parte) que utilizó los servicios que ofrece el esquema IMSS-Oportunidades está asegurado por el IMSS (Banco Mundial, 2004b).
- El Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) se estableció en 1996 para extender el acceso de la población rural e indígena y operó hasta 2003. El esquema financiaba el acceso a un paquete básico de servicios de salud y acceso a cirugía ambulatoria y

rehabilitación.²² El PAC también financiaba la operación de unidades móviles que transportaban a médicos y personal de enfermería a zonas remotas. El esquema era financiado por el gobierno federal con aportaciones de los estados y recibía apoyo del Banco Mundial. En 2003, los recursos financieros para este programa se transfirieron a los estados como parte de sus asignaciones federales.

- Oportunidades (articulado a partir de un programa previo: Progresá), es un programa de combate a la pobreza que proporciona, de manera condicionada, apoyos al ingreso y servicios sociales y de salud a las personas en situación de pobreza extrema. El programa, que es administrado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), está orientado a aumentar el capital humano de las personas pobres. Su componente de salud ofrece acceso al mismo conjunto de servicios básicos que se incluyó en el PAC, y que se presta en instalaciones de los SESA o de IMSS-Oportunidades.

Existe cierto nivel de traslapo en estos programas, tanto en el caso de los servicios cubiertos como de la población que cumple con las condiciones para ser beneficiaria. Debido a que sólo Oportunidades cuenta con un padrón de personas susceptibles de ser seleccionadas, también existe el potencial de cometer errores de selección, como en el caso de personas que ya están cubiertas por una institución de seguridad social y que utilizan los servicios que ofrecen estos programas.

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y el Seguro Popular de Salud (SP)

La reforma de 2003 que estableció el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) institucionalizó un programa piloto que ya existía, el Seguro Popular de Salud (SP), y entró en vigor a partir del inicio de 2004 (Capítulo 3). Este esquema voluntario se orienta a proporcionar acceso a aseguramiento en salud para quienes no cuentan con protección de la seguridad social. A fines de diciembre de 2004, cubría a 1.5 millones de familias. La cobertura del SP se ampliará de manera progresiva y se espera que, para 2010, se ofrezca a toda la población no asegurada. El SP es financiado de forma tripartita, con contribuciones del gobierno federal, los estados y una pequeña aportación de las familias definida en función de su ingreso. Los servicios comprendidos en el SP consideran un paquete esencial de intervenciones de atención primaria y secundaria y algunas intervenciones terciarias de alto costo, que se ofrecerán de manera gratuita en el momento de recibir la atención (aunque podría ponerse en marcha la modalidad de copago para las intervenciones con el potencial de generar una sobre utilización inducida por el fenómeno de “riesgo moral”). Cabe destacar que también se cubren los medicamentos recetados.

Seguro privado de salud

Se estima que alrededor de 3 por ciento de la población mexicana cuenta con cobertura de seguros privados de salud, la mitad de la cual se realiza por medio de planes colectivos patrocinados por los empleadores, quienes tienen la posibilidad de deducir el costo de las primas de su ingreso gravable.²³ Los compradores de seguros privados pertenecen sobre todo al segmento de la población con ingresos altos. El mercado está muy concentrado, y las dos compañías más importantes representan 50 por ciento del mercado. Los dos tipos principales de seguros que se ofrecen en el mercado son los de gastos médicos mayores (SGMM) y los de tipo “HMO” (*Health Maintenance Organizations*, Organizaciones de Salud Administrada) que ofrecen las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) (Recuadro 1.3).

Parte de las pólizas colectivas de las ISES, está representada por planes sólo de prestación de servicios de gestión, en los que los empleadores asumen el riesgo de aseguramiento y las ISES actúan como administradoras de solicitudes de pago y cobro de primas. Este tipo de pólizas incluye a los bancos que ejercieron la llamada “reversión de cuotas”, sistema establecido en la Ley del Seguro Social, según el cual la empresa recibe el reembolso de parte de sus aportaciones al seguro de salud del IMSS. Esta opción formalizó los convenios existentes en el sector bancario y con algunas industrias al norte del país que proporcionaban su propia cobertura de aseguramiento para sus empleados desde antes del establecimiento del IMSS, a cambio de una reducción de 71.5 por ciento en las aportaciones relacionadas con salud que se pagaban al IMSS. Sin embargo, esta opción sólo representa cerca de 2 por ciento de los derechohabientes del IMSS.²⁴

El mercado mexicano de seguros médicos privados es un participante muy reducido del sistema de salud, con pocas probabilidades de representar un porcentaje significativo del gasto total en el sector. El costo alto de las primas para las pólizas privadas constituye una barrera financiera considerable para la gran mayoría de la población mexicana.

Recuadro 1.3 **Pólizas privadas de seguro de salud en México**

Seguro de Gastos Médicos Mayores (SGMM)

Los seguros de gastos médicos mayores son pólizas de gastos catastróficos que cubren erogaciones por hospitalización y otros diagnósticos específicos. Las primas pueden variar en función de la edad y el género del asegurado y, en el caso de las pólizas colectivas, las primas también toman en cuenta el historial de salud del grupo asegurado. Una prima anual normal por una familia con dos hijos es de \$3 000 dólares si se utiliza a prestadores de servicios locales o de \$4 000 si también se incluyen en la red proveedores de servicios en los Estados Unidos. Los SGMM implican un deducible alto que puede eliminarse o reducirse si los asegurados eligen ser atendidos por una red de prestadores de servicios (hospitales y médicos) con quien el asegurador tiene establecido un contrato. En este caso, los aseguradores operan de manera similar a los OPP¹ de Estados Unidos. Casi siempre, los planes de SGMM son ofrecidos por aseguradoras generales que no se especializan en seguros médicos. Los aseguradores reembolsan de manera directa a los hospitales por el costo de los servicios prestados a los asegurados.

Productos que ofrecen las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)

Las ISES ofrecen productos integrados y prepagados de salud administrada. Antes de 1999, existían instituciones que prestaban servicios de salud prepagados, pero se encontraban fuera del marco legal de la reglamentación de seguros. Algunas de estas empresas fueron a la bancarrota, lo que trajo a la luz inquietudes acerca de la protección de los consumidores. En 1999 se modificó la Ley General de Instituciones de Seguros y Fianzas para incluir estas inquietudes. La reforma exigió que las instituciones proveedoras de seguros de salud prepagados se establecieran jurídicamente como entidades especializadas por separado (las ISES), con excepción de los productos relacionados con los seguros de gastos médicos mayores (SGMM). Las ISES están sujetas a la reglamentación establecida por la Comisión Nacional de Seguros y Fian-

Recuadro 1.3 Pólizas privadas de seguro de salud en México (cont.)

zas (CNSF), que es responsable de garantizar el cumplimiento de los requisitos de solvencia financiera, de capital y un manejo de riesgo adecuado.

La operación de las ISES muestra algunas semejanzas con la de las Organizaciones de Salud Administrada (HMO, por sus siglas en inglés)² de Estados Unidos, al ofrecer cobertura total en salud mediante la contratación de los servicios con prestadores privados. Las ISES prestan servicios de salud preventiva y fomento de la salud, analizan la utilización de los servicios de salud prestados y administran la prestación de los servicios disponibles para sus miembros, y se incluyen las referencias, la preutilización y los protocolos (OECD, 2004d). Los médicos que pertenecen a la red deben cumplir ciertos criterios de calidad y atención. Las primas de las ISES pueden alcanzar el triple de las primas de los SGMM. Cabe apuntar que el mercado de ISES no es extenso. Aunque en 2004 había 12 ISES autorizadas para operar en México, éstas cubrieron tan sólo 2.9 por ciento de la población con cobertura de aseguramiento privado en 2002.

Notas:

¹ Una OPP (Organización de Proveedores Preferidos o *Preferred Provider Organization*, PPO) es un tipo de plan médico en el que se proporciona cobertura a los participantes por medio de una red determinada de prestadores de servicios de salud (como hospitales y médicos). Los afiliados pueden utilizar servicios fuera de la red, pero eso implica pagar un mayor porcentaje del costo de cobertura que dentro de la red (National Center for Health Statistics: <http://www.cdc.gov/nchs/datawh/nchsdefs/list.htm>).

² Una Organización de Salud Administrada (*Health Maintenance Organization*, HMO) es un sistema de seguro médico que asume o comparte tanto el riesgo financiero como el de prestación de servicios que se asocian con la prestación integral de servicios médicos a los usuarios, normalmente a cambio de una cuota fija pagada con anticipación. (National Center for Health Statistics: <http://www.cdc.gov/nchs/datawh/nchsdefs/list.htm>).

1.3.2 Financiamiento del gasto en salud

Con un nivel de 44.9 por ciento del gasto total en salud en 2002, México presenta el mismo porcentaje de financiamiento²⁵ público en salud que Estados Unidos y el más bajo entre los países de la OCDE. Aunque la proporción se elevó de 40.4 por ciento en 1990, aún es muy inferior al promedio de la Organización de 72 por ciento en 2002 (Cuadro 1.6). El financiamiento privado se constituye casi en su totalidad por pagos de bolsillo, pues sólo 3 por ciento del gasto total en salud se financia por medio de aseguramiento privado. Esto contrasta con Estados Unidos, donde el aseguramiento privado representa 66 por ciento del total de financiamiento privado y 36 por ciento del financiamiento total en salud. El reparto de costos en el sector público sólo representa una proporción mínima del gasto de bolsillo, pues sólo los establecimientos de la Secretaría de Salud y de los estados aplican el copago en función del ingreso o el cobro de cuotas a los usuarios al momento de utilizar los servicios.

La proporción del gasto total en salud financiada con recursos públicos ha aumentado un poco desde 1990, en especial al principio y al final de la década (Gráfica 1.10). El gasto privado ha crecido con mayor rapidez desde 2000.

Las organizaciones de la seguridad social representan 66 por ciento del gasto público y el resto es erogado por las autoridades federales y estatales (Gráfica 1.11). Las instituciones de la seguridad social también reciben una aportación considerable del gobierno federal que proviene de la recaudación tributaria general. Por ejemplo, en 2002, las asignaciones federales al IMSS representaron 30 por ciento del total de ingresos relacionados con salud

Cuadro 1.6 **Financiamiento público del gasto total en salud en los países de la OCDE, 1970-2002**

| Participación pública en el gasto total en salud (%) | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2002 |
| Alemania | 72.8 | 78.7 | 76.2 | 78.8 | 78.5 |
| Australia | 62.7 | 63.0 | 62.5 | 68.7 | n.d. |
| Austria | 63.0 | 68.8 | 73.5 | 69.6 | 69.9 |
| Bélgica | n.d. | n.d. | n.d. | 70.5 | 71.2 |
| Canadá | 69.9 | 75.6 | 74.5 | 70.4 | 69.9 |
| Corea | n.d. | n.d. | 37.4 | 47.6 | 52.1 |
| Dinamarca | n.d. | 87.8 | 82.7 | 82.5 | 82.9 |
| España | 65.4 | 79.9 | 78.7 | 71.5 | 71.4 |
| Estados Unidos | 36.4 | 41.5 | 39.6 | 44.4 | 44.9 |
| Finlandia | 73.8 | 79.0 | 80.9 | 75.1 | 75.7 |
| Francia | 75.5 | 80.1 | 76.6 | 75.8 | 76.0 |
| Grecia | 42.6 | 55.6 | 53.7 | 53.9 | 52.9 |
| Hungría | n.d. | n.d. | n.d. | 70.7 | 70.2 |
| Irlanda | 81.7 | 81.6 | 71.9 | 73.3 | 75.2 |
| Islandia | 66.2 | 88.2 | 86.6 | 83.6 | 84.0 |
| Italia | n.d. | n.d. | 79.3 | 73.7 | 75.6 |
| Japón | 69.8 | 71.3 | 77.6 | 81.3 | n.d. |
| Luxemburgo | 88.9 | 92.8 | 93.1 | 89.7 | 85.4 |
| México | n.d. | n.d. | 40.4 | 46.5 | 44.9 |
| Noruega | 91.6 | 85.1 | 82.8 | 85.0 | 83.5 |
| Nueva Zelanda | 80.3 | 88.0 | 82.4 | 78.0 | 77.9 |
| Países Bajos | n.d. | 69.4 | 67.1 | n.d. | n.d. |
| Polonia | n.d. | n.d. | 91.7 | 70.0 | 72.4 |
| Portugal | 59.0 | 64.3 | 65.5 | 69.5 | 70.5 |
| Reino Unido | 87.0 | 89.4 | 83.6 | 80.9 | 83.4 |
| República Checa | 96.6 | 96.8 | 97.4 | 91.4 | 91.4 |
| República Eslovaca | n.d. | n.d. | n.d. | 89.4 | 89.1 |
| Suecia | 86.0 | 92.5 | 89.9 | 84.9 | 85.3 |
| Suiza | n.d. | n.d. | 52.4 | 55.6 | 57.9 |
| Turquía | 37.3 | 27.3 | 61.0 | 62.9 | n.d. |
| <i>Promedio</i> ¹ | 70.3 | 75.3 | 72.6 | 72.2 | 72.8 |

n.d.: no disponible

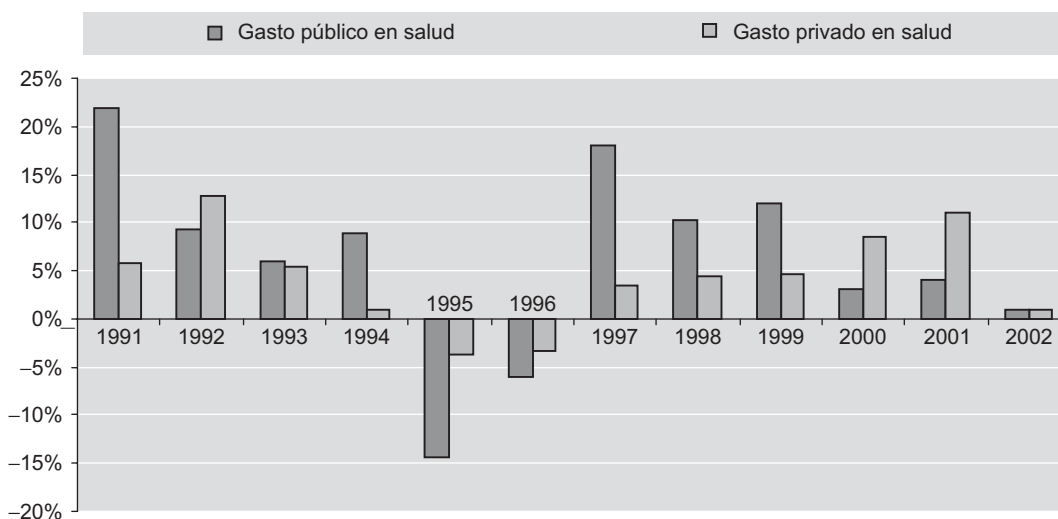
Nota:

¹ El promedio incluye todos los países disponibles con datos razonablemente completos durante el periodo analizado.

Fuente:

OECD (2004c) OECD Health Data 2004, 2a. edición.

Gráfica 1.10 Tasa de crecimiento anual del gasto público y privado en salud en México, 1991-2002



Notas:

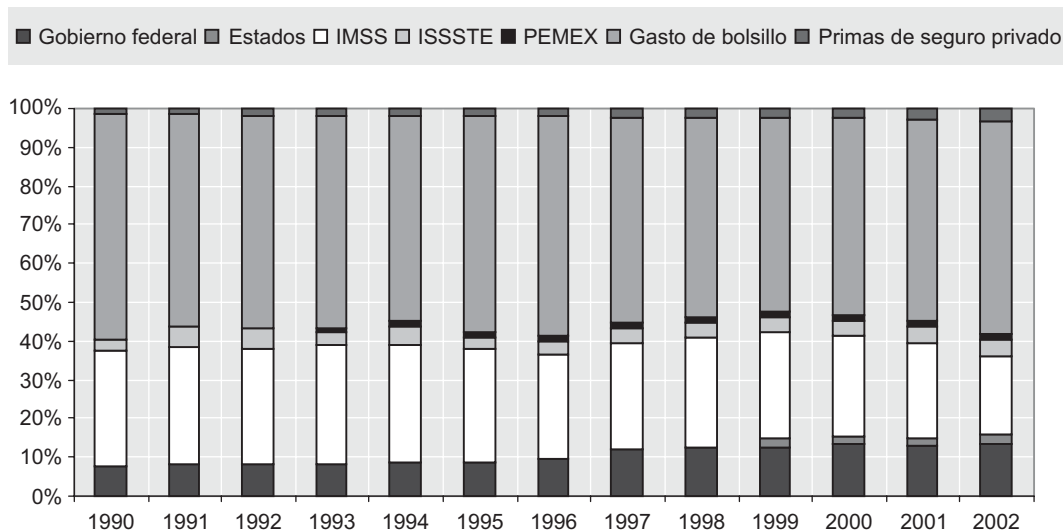
Las cifras para gasto público en salud incluyen Secretaría de Salud (Ramo 12) y SESA (Ramo 33), IMSS, ISSSTE, PEMEX (desde 1993) y Gasto Estatal en Salud.

Fuente:

Secretaría de Salud (2004a) Boletín de Información Estadística, 2002.

Cifras deflactadas usando el deflactor del PIB de OCDE (2004a) Analytical Data Base.

Gráfica 1.11 Evolución del gasto en salud en México por fuente de financiamiento, 1990-2002



Notas:

Las cifras del gobierno federal incluyen el Ramo 12 entre 1990 y 1997 y Ramo 12 y Ramo 33 desde 1998.

El gasto de PEMEX se incluye desde 1993, para todos los estados excepto: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Durango, Guerrero, Michoacán, Morelos, Nayarit, Querétaro, Quintana Roo, Sonora, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas.

El gasto privado en 2002 incluye reembolsos.

Fuentes:

Secretaría de Salud (2004a) Boletín de Información Estadística; INEGI (2004) Sistema de Cuentas Nacionales de México.

<http://dgcnesyp.inegi.gob.mx/cgi-win/bdi.exe>; Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros A.C. AMIS (2004) para cifras de seguros privados en salud; Secretaría de Hacienda y Crédito Público (2000) Cuenta de Hacienda Pública, para Ramo 33.

de la institución.²⁶ Dentro del sector público, el gasto de los gobiernos federal y estatales ha aumentado en relación con el sector de la seguridad social, en especial desde el principio de la década en curso.

Además de las contribuciones a las instituciones de la seguridad social, se asignan ingresos federales al sector salud por medio de diversos canales (Gráfica 1.12 y Recuadro 1.4).

Recuadro 1.4 **Financiamiento de la salud en el nivel federal y estatal**

Financiamiento de la salud en el nivel federal:

Secretaría de Salud (Ramo 12 del presupuesto). El Ramo 12, incluye el presupuesto de la Secretaría, el componente de salud del programa Oportunidades, recursos para programas de salud pública y algunos recursos para el Seguro Popular de Salud (SP), los Institutos Nacionales de Salud (INS) y otros hospitales de tamaño considerable operados por el gobierno federal y que no se han descentralizado al gobierno del Distrito Federal. También solía incluir el programa IMSS-Oportunidades, aunque en la actualidad estos recursos se transfieren en forma directa de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) al IMSS. No existen impuestos etiquetados, como por ejemplo, gravámenes al tabaco, aunque se negoció con la industria tabacalera que realizara una pequeña contribución a los gastos catastróficos de salud para el periodo 2004-2006.

Financiamiento de la salud en el nivel estatal:

Aportaciones federales para fines específicos. El gobierno federal realiza asignaciones etiquetadas a los estados por medio del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) que pertenece al Ramo 33 del presupuesto federal. El monto que recibe cada estado se estima por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) en términos de lo establecido en la Ley de Coordinación Fiscal. Cada año, el Congreso aprueba el presupuesto global del FASSA. Sólo una pequeña parte de la asignación de cada estado se basa en las necesidades de las entidades. Más bien, el monto de las asignaciones depende del presupuesto histórico —que se construye con base en los costos operativos y de servicios personales— y cierto nivel de inversión.

Participaciones federales. El gobierno federal transfiere a los estados un monto que representa la “proporción justa” de los recursos recaudados en el renglón de ingresos fiscales generales (Ramo 28).^{*} Este convenio de participación en los ingresos (recaudados por la federación) asigna fondos a los estados sobre la base de una compleja fórmula que incluye consideraciones relacionadas con la capacidad fiscal per cápita y de nivel estatal. Los estados tienen la libertad de decidir cómo gastar estos recursos de acuerdo con sus necesidades. Así, aunque el monto de recursos financieros dedicados a la salud en el Ramo 28 queda como una decisión discrecional de los estados, es un componente de menor importancia en el financiamiento general del sistema de salud. El gasto de los estados en salud (Ramo 28 más las asignaciones para el segmento de salud de los recursos propios de los estados, que se describen a continuación) representa 16 por ciento del gasto federal y estatal en salud de 2002 para las personas no aseguradas (véase la Gráfica 1.12).

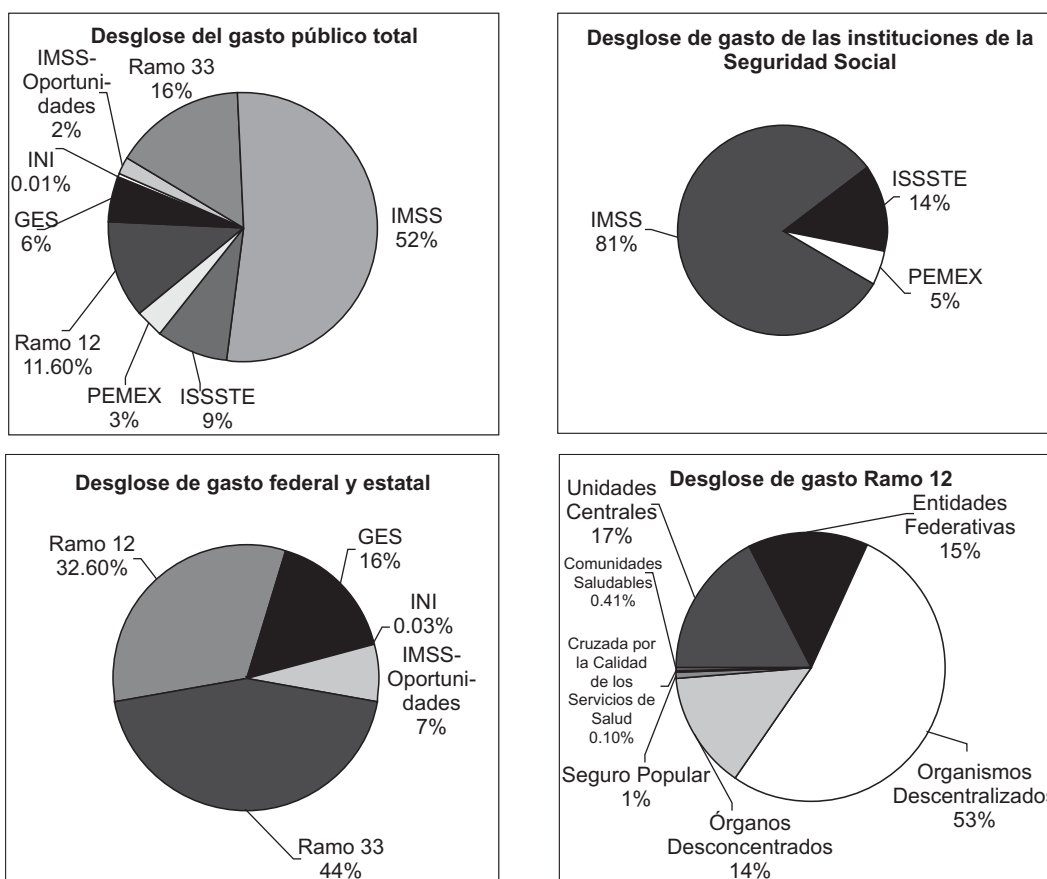
Recursos propios de los estados. Aunque la mayor parte de los ingresos para salud de los estados se recibe por medio de los dos ramos presupuestarios comentados

Recuadro 1.4 Financiamiento de la salud en el nivel federal y estatal (cont.)

antes, las entidades también pueden recaudar ingresos propios (mediante impuestos y gravámenes por servicios o uso de recursos) y asignar los recursos provenientes de las participaciones al financiamiento del rubro de la salud. En la mayoría de los estados, la capacidad para generar ingresos fiscales a partir de sus renglones de competencia tributaria es deficiente. Entre los recursos propios de los estados también se incluyen los ingresos resultantes del cobro de cuotas de recuperación por servicios de salud prestados en los establecimientos para este fin. Los cambios en el régimen fiscal en 2002 y 2003 dejaron mayor margen a los estados para imponer gravámenes adicionales pero, en la práctica, son pocas las entidades que han aprovechado esta opción (Para más detalles, véase OECD, 2004b).

* A principios de la década de 1980, los gobiernos de los estados transfirieron su poder tributario a la federación a cambio de una participación en los ingresos.

Gráfica 1.12 Desglose del gasto público en salud por institución, 2002



Notas:

El gasto público para la población no asegurada (sin acceso a los servicios de la Seguridad Social) contempla a la Secretaría de Salud (Ramo 12 y Ramo 33), aportaciones de los estados en salud (GES), servicios del INI (para la población indígena) e IMSS-Oportunidades (para la población rural marginada). Las instituciones de la Seguridad Social incluyen el IMSS, el ISSSTE y a PEMEX.

Fuente:

Secretaría de Salud (2004a) Boletín de Información Estadística, 2002 (última versión revisada al mes de octubre de 2004).

1.4 Prestación de servicios

Cada institución que opera en el sistema de salud mexicano es propietaria y administradora de sus establecimientos y emplea a su propio personal (Cuadro 1.7). Aunque la Secretaría de Salud federal aún financia y controla una serie de prestadores de servicios de tercer nivel, los Institutos Nacionales de Salud (INS) y tres hospitales generales federales en la Ciudad de México, la responsabilidad por la prestación de casi todos los servicios de salud por parte de la Secretaría ha sido descentralizada hacia los establecimientos estatales (SESA). La Secretaría de Salud también mantiene la responsabilidad sobre las iniciativas de salud pública, aunque cada una de las instituciones de SS y los estados están poniendo en marcha programas de prevención de enfermedades y de fomento de la salud para las poblaciones que atienden. El sector privado mexicano es heterogéneo, en términos del tamaño de las instituciones de atención médica y de su calidad, y su regulación es limitada.

Cuadro 1.7 Recursos para salud en el sistema de salud en México

| | Médicos ¹ | Personal de enfermería | Camas ² | Hospitales |
|--|----------------------|------------------------|--------------------|--------------|
| Total | 184 587 | 223 461 | 109 752 | 4 048 |
| <i>Total sector público</i> | <i>140 235</i> | <i>190 255</i> | <i>76 653</i> | <i>993</i> |
| <i>Total sector privado</i> | <i>44 352</i> | <i>33 206</i> | <i>33 099</i> | <i>3 055</i> |
| Total por cada 1 000 habitantes³ | 1.8 | 2.2 | 1.1 | |
| Desglose del sector público: | | | | |
| Población con seguridad social | 76 037 | 106 539 | 41 737 | 464 |
| IMSS | 55 176 | 80 520 | 29 039 | 262 |
| ISSSTE | 15 524 | 19 887 | 6 778 | 105 |
| PEMEX | 2 417 | 2 685 | 958 | 23 |
| SEDENA | 1 845 | 2 388 | 4 174 | 42 |
| SEMAR | 1 075 | 1 059 | 788 | 32 |
| Total por cada 1 000 habitantes | 1.4 | 2.0 | 0.8 | |
| Población sin seguridad social | 64 198 | 83 716 | 34 916 | 529 |
| Secretaría de Salud | 58 513 | 76 137 | 32 207 | 454 |
| IMSS-Oportunidades | 5 029 | 6 813 | 2 181 | 69 |
| Estudiantes universitarios | 656 | 766 | 528 | 6 |
| Total por cada 1 000 habitantes | 1.3 | 1.7 | 0.7 | |

Notas:

¹ Se incluye a todos los médicos generales, especialistas, dentistas y otro personal médico.

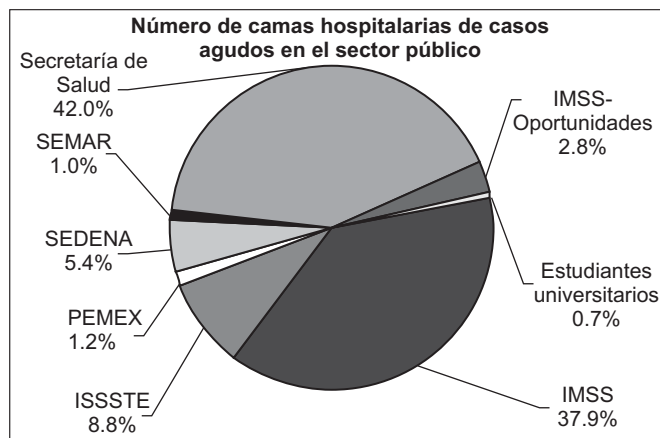
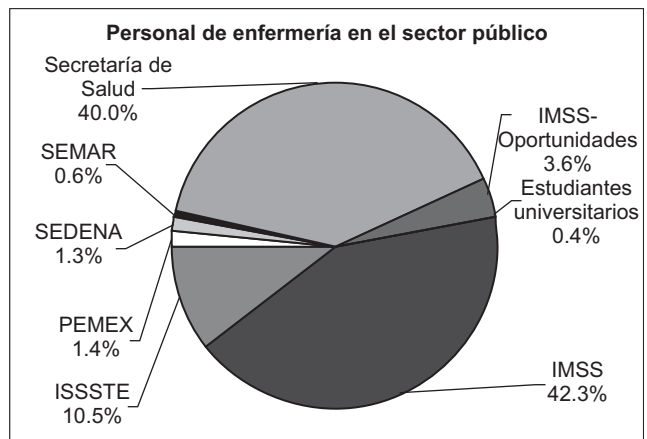
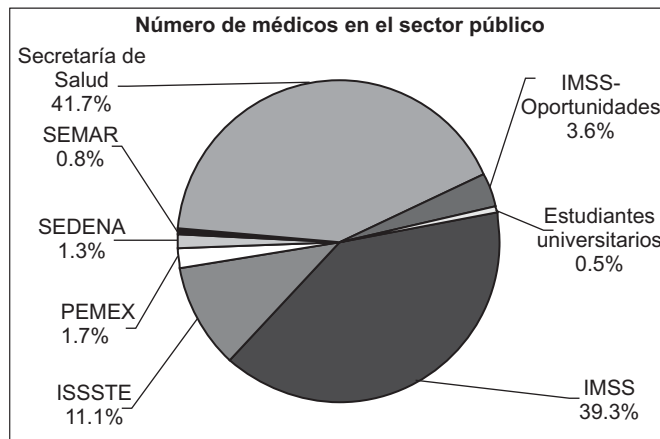
² Sólo camas censables de hospitalización (casos agudos).

³ Población considerada en 2002: población total 103 039 964 (proyecciones de CONAPO); la población "derechohabiente" fue de 52 532 867 (reportado por la Secretaría de Salud [2004a]); y población "no derechohabiente" fue de 50 507 097.

Fuente:

Secretaría de Salud (2004a) Boletín de Información Estadística, 2002 (última versión revisada al mes de octubre de 2004).

Gráfica 1.13 Desglose de los recursos en salud en el sector público en México



Notas:
 Doctores incluye a todos los médicos: generales, especialistas y odontólogos.
 Fuente:
 Secretaría de Salud (2004a) *Boletín de Información Estadística*, 2002 (última versión revisada al mes de octubre de 2004).

El sistema de seguridad social, las instalaciones de la Secretaría de Salud y las instalaciones de los SESA, proporcionan atención primaria, secundaria y terciaria. Las instituciones de la seguridad social tienen una disponibilidad un poco mayor de médicos, personal de enfermería y camas de hospital que el sector gubernamental, tanto en números absolutos (Gráfica 1.13) como cuando se les compara con respecto a la población que atienden (Cuadro 1.7). Los institutos de alta especialidad y los de tercer nivel de la Secretaría de Salud y los SESA son financiados, ante todo, por medio del gobierno federal, de subvenciones y mediante cuotas de recuperación, mientras que el sistema de seguridad social financia sus propios hospitales de tercer nivel y alta especialidad. Por su parte, los INS operan como instituciones autónomas dentro del sector público. Existe una superposición limitada entre las distintas instituciones en términos de la población cubierta y atendida. Los pacientes tienden a acceder a los establecimientos que pertenecen a la institución de la cual derivan su situación de aseguramiento, aunque existe evidencia de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000) que los pacientes también utilizan prestadores de servicios de otras instituciones y del sector privado.²⁷

Los recursos asignados a la oferta de servicios de salud son bajos en relación con el umbral de la OCDE (Cuadro 1.8). En casi todos los ámbitos para los que se cuenta con datos, México se encuentra en niveles inferiores al promedio. Esto sucede en particular en el caso de las camas de hospital y el número de personal de enfermería, en donde, en relación con la población el nivel es de alrededor de una cuarta parte del promedio de la Organización. Sin embargo, el número de médicos per cápita, aunque es la mitad del promedio de la OCDE, es el mismo que en Corea y tres cuartas partes del nivel de Japón y el Reino Unido.

1.4.1 Descentralización de la prestación de servicios de salud

La prestación de servicios por parte de la Secretaría de Salud se descentralizó en dos etapas. La primera sucedió durante la década de 1980 y la segunda en la de 1990 (Recuadro 1.5). El proceso de descentralización se dio como respuesta a la percepción de una serie de problemas con los arreglos existentes hasta ese momento, pues se presentaba un enfoque burocrático y en extremo centralizado del diseño y la aplicación de políticas; una asignación de recursos inapropiada, de modo que los recursos y las necesidades apenas tenían correspondencia; y una débil coordinación entre los prestadores de servicios que atendían a la población no asegurada.

Existe una división de responsabilidades más clara entre las autoridades federales y estatales, aunque se observa que las responsabilidades de ambas se superponen en algunos renglones importantes. Las autoridades federales son responsables de establecer los objetivos de la atención a la salud, definir el marco legal para el funcionamiento general del sistema, asegurar la coordinación y la planeación y dar seguimiento a los resultados. En la actualidad cada estado cuenta con flexibilidad operativa amplia y es responsable de legislar sobre la organización y operación de los servicios de salud para la población no asegurada en el nivel estatal. La coordinación entre el gobierno federal y los estados se lleva a cabo por medio del Consejo Nacional de Salud (CNS), que está integrado por los secretarios de salud de cada estado y es presidido por el secretario federal de salud. El CNS ha desempeñado un papel importante en el fortalecimiento y el logro de una mayor coordinación de políticas entre los SESA. La reciente introducción de un plan maestro para suministro e infraestructura de servicios de salud (de lo que se comentará más en el

Cuadro 1.8 Indicadores de oferta en países de la OCDE

| | Empleo total en el sector de servicios de salud ² | Médicos practicantes ² | Personal de enfermería practicante ² | Camas hospitalarias ² | Tomografía computarizada ³ | Unidades de resonancia magnética ³ |
|---|--|-----------------------------------|---|----------------------------------|---------------------------------------|---|
| Alemania | 45.9 | 3.3 | 9.9 | n.d. | 13.3 | 5.5 |
| Australia | 34.5 | 2.5 | 10.4 | 3.7 | n.d. | 4.7 |
| Austria | n.d. | 3.3 | 9.3 | 6.1 | 27.3 | 13.4 |
| Bélgica | n.d. | 3.9 | 5.6 | 4.6 | n.d. | n.d. |
| Canadá | 38.3 | 2.1 | 9.4 | 3.2 | 9.7 | 4.2 |
| Corea | n.d. | 1.5 | 1.7 | 5.7 | 30.9 | 7.9 |
| Dinamarca | 27.7 | 3.3 | 9.7 | 3.4 | 13.8 | 8.6 |
| España | 17.0 | 2.9 | 7.1 | 2.8 | 12.8 | 6.2 |
| Estados Unidos | 37.0 | 2.4 | 7.9 | 2.9 | 12.8 | 8.2 |
| Finlandia | 47.8 | 3.1 | 9.0 | 2.3 | 13.3 | 12.5 |
| Francia | 30.8 | 3.3 | 7.2 | 4.0 | 9.7 | 2.7 |
| Grecia | 15.3 | 4.5 | 4.0 | 4.0 | 17.7 | 2.4 |
| Hungría | n.d. | 3.2 | 8.5 | 5.9 | 6.8 | 2.5 |
| Irlanda | 30.9 | 2.4 | 15.3 | 3.0 | n.d. | n.d. |
| Islandia | 45.4 | 3.6 | 14.0 | n.d. | 20.9 | 17.4 |
| Italia | n.d. | 4.4 | 5.4 | 4.6 | 23.0 | 10.4 |
| Japón | n.d. | 2.0 | 8.2 | n.d. | 92.6 | 35.3 |
| Luxemburgo | 13.0 | 2.6 | 10.8 | 5.8 | 24.7 | 4.5 |
| México | 6.7 | 1.5 | 2.2 | 1.0 | 2.6 | 1.1 |
| Noruega | n.d. | 3.0 | 10.4 | 3.1 | n.d. | n.d. |
| Nueva Zelanda | n.d. | 2.1 | 9.4 | n.d. | 11.2 | n.d. |
| Países Bajos | 29.1 | 3.1 | 12.8 | 3.3 | n.d. | n.d. |
| Polonia | n.d. | 2.3 | 4.8 | 4.6 | n.d. | n.d. |
| Portugal | 13.6 | 3.2 | 3.8 | 3.2 | n.d. | n.d. |
| Reino Unido | 31.9 | 2.1 | 9.2 | 3.9 | 5.8 | 4.0 |
| República Checa | 25.0 | 3.5 | 9.4 | 6.5 | 12.1 | 2.2 |
| República Eslovaca | 21.1 | 3.6 | 7.1 | 5.5 | 10.6 | 2.0 |
| Suecia | n.d. | 3.0 | 8.8 | 2.4 | 14.2 | 7.9 |
| Suiza | 59.3 | 3.6 | 10.7 | 3.9 | 18.0 | 14.1 |
| Turquía | n.d. | 1.3 | 1.7 | 2.1 | 7.5 | 3.0 |
| <i>Promedio</i> ¹ | 31.3 | 2.9 | 8.3 | 4.0 | 18.6 | 8.2 |
| <i>Desviación estándar</i> ¹ | 12.9 | 0.8 | 3.2 | 1.3 | 17.8 | 7.5 |

n.d.: no disponible

Notas:

¹ El promedio y la desviación estándar incluyen a todos los países de la OCDE cuyos datos están disponibles sin incluir a México.² Por cada 1 000 habitantes.³ Por cada millón de habitantes.

Fuente:

OECD (2004c) OECD Health Data 2004, 2a. edición.

Recuadro 1.5 **Las dos etapas de descentralización del sistema de salud en México en las décadas de 1980 y 1990**

La reforma descentralizadora comenzó a mediados de la década de 1980. Sin embargo, el proceso se puso en marcha en medio de una crisis financiera ocasionada por el endeudamiento que trajo consigo amplios recortes presupuestarios. Los recursos canalizados a los estados cayeron en términos reales y se mantuvieron controles estrictos y centralizados para limitar el gasto (Merino, 2003). Los estados con mayor capacidad administrativa y mayores recursos fueron los más exitosos en implantar el proceso de descentralización, pues les permitió adoptar una mayor proporción de erogaciones a partir de sus propios recursos. La falta de capacidad administrativa en muchos estados, la renuencia del centro para dejar el control y la inquietud pública acerca de la calidad de los servicios para los pobres llevó a la interrupción del proceso en 1988. En ese entonces, la responsabilidad había sido delegada sólo en 14 estados, de los cuales la mayoría tendía a registrar tanto ingresos per cápita mayores que el promedio como una mayor capacidad de financiamiento a partir de recursos propios (Tlaxcala, Nuevo León, Guerrero, Jalisco, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Querétaro, Sonora, Colima, estado de México, Guanajuato, Aguascalientes y Quintana Roo). Como regla general, muchas de estas entidades estaban más industrializadas y contaban con los niveles más altos de cobertura de la seguridad social y menos problemas de nutrición e higiene básica.

La primera etapa de la descentralización transfirió la responsabilidad operativa de las clínicas de atención primaria y los hospitales de segundo nivel (pero no los Institutos Nacionales de Salud (INS) de tercer nivel), así como ciertas responsabilidades administrativas. Lo que entonces era el programa IMSS-COPLAMAR (hoy IMSS-Oportunidades), también se integró con el sistema existente de prestación de servicios de la Secretaría de Salud en los estados. Las entidades acordaron aumentar el financiamiento de los servicios de salud a partir de sus propios recursos para alcanzar 20 por ciento de sus presupuestos, aunque este objetivo no siempre se alcanzó. Los recursos propios de los estados asignados a salud van desde menos de 5 por ciento en algunas de las entidades más pobres, como Chiapas, Oaxaca y Durango, hasta más de 20 por ciento en Aguascalientes, el Distrito Federal, Morelos y Tabasco (SICUENTAS, Sistema de Cuentas Nacionales de Salud, Secretaría de Salud, México). Los poderes centrales siguieron estableciendo los límites, en su mayor parte por medio de mantener el control presupuestario y el número de personal adscrito (la Secretaría de Hacienda aún tomaba las decisiones acerca del número de personal que sería financiado, tanto en los estados no descentralizados como en los descentralizados, de acuerdo con los convenios laborales que aún se negociaban en el nivel federal). Este periodo también estuvo marcado por la expansión de los programas de salud pública que en buena medida evadían la nueva estructura federal.

A mediados de la década de 1990 se retomó el proceso de descentralización para incluir a los estados restantes y al Distrito Federal, entidades que se han descentralizado con base en convenios nuevos. El novedoso enfoque otorgó mayor grado de independencia administrativa a los estados que en la primera etapa, aunque se mantuvieron los controles financieros rígidos por medio de un sistema de transferencias federales

Recuadro 1.5 **Las dos etapas de descentralización del sistema de salud en México en las décadas de 1980 y 1990** (cont.)

etiquetadas. A diferencia de las reformas de la década anterior, el sistema IMSS-Oportunidades mantuvo su independencia de los servicios estatales en el caso de los estados restantes que se descentralizaron en la segunda etapa. En la actualidad, el personal adscrito a este programa está cubierto por el convenio laboral del IMSS. Los empleados de los servicios de la Secretaría de Salud se han transferido a los estados pero, como el contrato laboral federal resultaba más ventajoso que el que se aplicaba para empleados estatales, siguen sujetos a un contrato federal.

Capítulo 2) como instrumento de planeación para trabajar por una mejor distribución geográfica de la oferta de servicios es ejemplo de la mejoría en la coordinación de política alcanzada por el CNS.

En un proceso aparte, el IMSS también descentralizó sus operaciones. El propósito consistió en llevar la toma de decisiones más cerca de los prestadores de servicios y aplicar una mayor diferenciación entre las funciones del asegurador y el prestador de servicios. En la práctica, las reformas han tendido a transferir las decisiones administrativas cotidianas a los prestadores del servicio, aunque la administración y el control del sistema siguen en buena medida en manos de las autoridades centrales. El IMSS se divide en cuatro regiones (de siete que existían antes, debido a los costos administrativos altos). Cada región supervisa las delegaciones estatales que le corresponden y es responsable de realizar la planeación estratégica y controlar las actividades. Su estructura es reflejo de la organización del IMSS central. Las delegaciones, al igual que los hospitales de alta especialidad, gozan de autonomía en la contratación de equipo, la compra de medicamentos y las decisiones de inversión en hospitales hasta un límite reducido. Sin embargo, la flexibilidad operativa de la delegación se encuentra restringida por el contrato colectivo al que se sujetan los empleados. Las delegaciones reciben sus presupuestos sobre bases históricas, y sobre todo reflejan el costo de la nómina (cerca de 75 por ciento del gasto corriente total).²⁸ Los fondos restantes se distribuyen sobre la base de una fórmula que toma en cuenta las diferencias en morbilidad, edad y género de la población atendida. Cada trimestre, la administración central evalúa el presupuesto de las delegaciones y su gasto.

1.4.2 **Atención ambulatoria**

Sector público

Las clínicas o centros de salud prestan servicios primarios, que incluyen la atención dental, la planificación familiar y la distribución de medicamentos. También proporcionan tratamientos limitados a pacientes internos para cirugías sencillas y partos. Las posibilidades de elección de los pacientes son restringidas, pues los usuarios no pueden seleccionar el médico que deseen en el lugar de la prestación del servicio. Los servicios que se prestan en las instituciones de la seguridad social y las clínicas de IMSS-Oportunidades son gratuitos y cubren también el suministro de fármacos. Los centros de salud estatales y de la Secretaría de Salud por lo general cobran un monto reducido por los servicios y los medicamentos utilizados.

Los gobiernos de los estados manejan las clínicas de atención primaria que, en su mayoría, prestan servicio a quienes no están asegurados, aunque también aceptan a personas cubiertas por el sistema de SS. IMSS-Oportunidades también tiene un número importante de clínicas que se concentran en las zonas más pobres del centro del país. En 1999, 71 por ciento del total de las clínicas y centros de salud prestaba servicios en su mayoría a las personas no aseguradas, en comparación con sólo 17.5 por ciento de las unidades en el sistema de seguridad social y 11 por ciento en el sector privado (Secretaría de Salud, 2001b).²⁹ Esta distribución refleja el hecho de que la población asegurada se ubica, en su mayoría, en las zonas urbanas, mientras que la no asegurada predomina en las zonas rurales o en los pueblos y ciudades de menor tamaño.³⁰ Durante la década pasada se amplió la atención primaria, ante todo como reflejo de la meta de política de mejorar el acceso a los servicios para la población rural. Los centros de salud estatales de los SESA se organizan en distritos que cubren una cierta zona de captación (llamada jurisdicción sanitaria). Cada distrito contiene centros de salud, que en general atienden entre 300 y 500 familias no aseguradas. Las unidades móviles se desplazan por las comunidades poco pobladas para prestar servicios de atención primaria.

Todas las instituciones del sector público operan un sistema de referencia para las personas que requieren acceder a niveles superiores de atención. Por lo regular, las personas cubiertas por la seguridad social, y quienes no tienen cobertura, visitan primero una clínica local de atención primaria dentro del área de adscripción que les corresponde, a menos que requieran tratamiento de urgencia en un hospital. Los médicos a cargo de la atención primaria remiten a los pacientes a un hospital cercano (general o de especialidades) que pertenezca a la misma institución. Los hospitales del IMSS sólo aceptan tratar a personas no aseguradas en casos de urgencia o cuando no existe un establecimiento de la Secretaría de Salud disponible en la zona. Si el paciente requiere ser atendido en un hospital de especialidades, el médico solicita autorización de esa institución. Sin embargo, en la práctica, los pacientes a menudo eluden el sistema de referencia que opera en el nivel de la atención primaria. Se dice que algunos hospitales de la Secretaría de Salud realizan pocos esfuerzos por exigir la referencia (NERA, 1998).

Los patrones de operación también difieren entre instituciones. En el IMSS, a cada médico se le asigna un número específico de pacientes. Los establecimientos estatales y de la Secretaría de Salud en general funcionan como una pequeña unidad, con un médico en jefe y varios doctores y personal de enfermería que trabajan para él o ella. Las unidades de mayor tamaño pueden contar con técnicos de atención primaria que reciben capacitación especializada durante dos años en alguna universidad. Las clínicas del programa IMSS-Oportunidades casi siempre son pequeñas unidades rurales, que prestan una serie de servicios curativos y preventivos gratuitos en zonas con menos de 5 000 habitantes. La proporción de familias indígenas entre el total de pacientes de este programa es alta. Las clínicas del esquema IMSS-Oportunidades también se relacionan con la comunidad en programas de prevención.

Sector privado

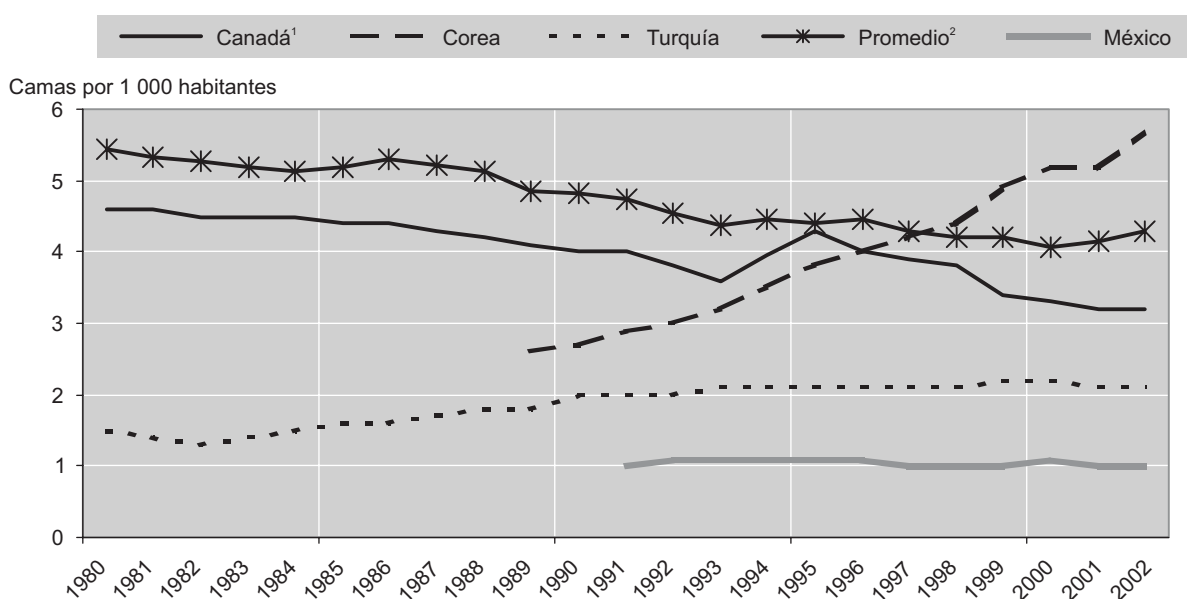
Las unidades privadas de atención primaria operan tanto en el sector sin fines de lucro como en el comercial. En el sector comercial, los servicios se prestan por lo general en consultorios independientes o en pequeñas clínicas locales que, en su mayoría, son propiedad de los mismos médicos. Cada vez es más común observar consultorios o prácticas

médicas grupales, lo que hace posible reducir los costos. También existe un sector sin fines de lucro, que ejerce sobre todo en ciudades de mayor tamaño y que a menudo se centra en la atención infantil.³¹

1.4.3 Oferta de hospitales

La oferta de hospitales en México es la más baja entre los países de la OCDE, con sólo una cama para atender casos agudos por cada 1 000 habitantes, en comparación con un promedio de la Organización de casi cuatro en 2000 (OECD, 2004c).³² A pesar de esta diferencia, la oferta de camas per cápita se mantiene estable en México (Gráfica 1.14).

Gráfica 1.14 **Camas hospitalarias para atención de casos agudos en México y en países seleccionados de la OCDE, 1980-2002**



Notas:

¹ Las cifras de Canadá de 2002 corresponden a 2001.

² El promedio incluye a países de la OCDE con un conjunto de datos relativamente completo para el periodo.

Fuente:

OECD (2004c) *OECD Health Data 2004*, 2a. edición.

El sector de hospitales en México es heterogéneo, en función de la calidad, de su distribución geográfica y del tipo de instalaciones. Algunos de los hospitales especializados tanto en el sector público como en el privado ofrecen servicios de alta calidad, comparables a los prestados en Estados Unidos y Canadá, mientras que otros hospitales generales y del sector privado prestan servicios de menor calidad.

Sector público

Existen dos tipos de hospitales en México. Los hospitales generales que ofrecen atención secundaria (o de segundo nivel), como accidentes y urgencias, maternidad y tratamientos de ciertas especialidades básicas. Los hospitales especializados que incluyen los establecimientos de tercer nivel, equipados para ofrecer toda la gama de servicios y todas las especialidades. Entre ellos destacan los prestigiosos Institutos Nacionales de Salud (INS)

de la Secretaría de Salud y los hospitales federales de referencia, que son instituciones autónomas, con alta especialización en servicios médicos y ciencias médicas, y que también realizan actividades de enseñanza e investigación, al igual que los hospitales de especialidades de tercer nivel pertenecientes al sistema de seguridad social, que además realizan actividades de formación e investigación. La mayor parte de los hospitales de tercer nivel se ubican en la Ciudad de México y en algunas otras ciudades grandes. En general, los hospitales son administrados por un doctor y los médicos que trabajan en él son empleados asalariados del sector público.

Existen diferencias entre instituciones en la prestación de los servicios hospitalarios. El IMSS opera el mayor número de hospitales en México y representó casi 40 por ciento del total de camas del sector público en 2001. Los hospitales del IMSS tienden a ser de mayor tamaño que los operados por otras instituciones y existe un predominio de los hospitales generales. El número de hospitales de tercer nivel operados por el IMSS es menor que el de los financiados por los gobiernos de la federación y los estados. La cantidad de hospitales que opera en México ha crecido con rapidez durante los últimos años, tanto en el sistema de SS como en el de la Secretaría de Salud y los establecimientos estatales, aunque el número total de camas per cápita ha permanecido casi sin cambio. El programa IMSS-Oportunidades también opera hospitales rurales, que en general son menores en tamaño y ofrecen atención de segundo nivel.

Sector privado

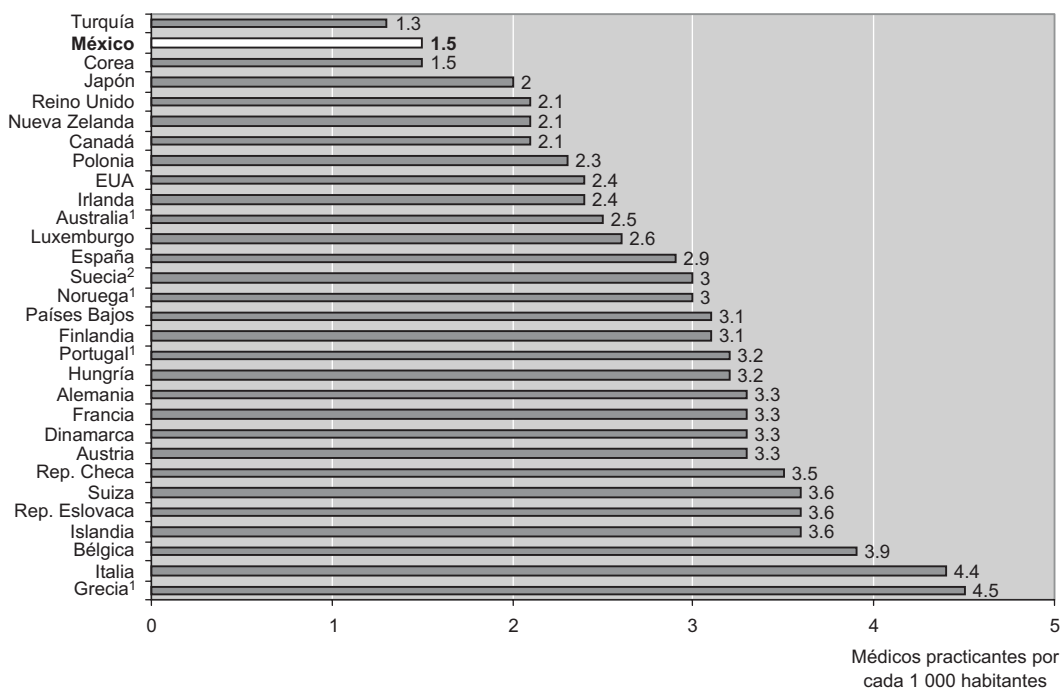
El sector privado mexicano representa 34 por ciento del total de camas de hospital en el país. En comparación con el sector público, muchas de las unidades del sector privado cuentan con un número de camas muy reducido. Sólo 15 por ciento de los hospitales privados tiene más de 15 camas y sólo 3 por ciento más de 50 camas, mientras que 27 por ciento son clínicas propiedad de médicos con menos de cinco camas (Secretaría de Salud, 2001b). Poco más de la mitad de los hospitales privados no cuentan con unidad de Rayos X, una tercera parte no tiene un médico a tiempo completo y una fracción reducida cuenta con personal de enfermería a tiempo completo. El uso principal de estos establecimientos es para la atención ambulatoria, procedimientos quirúrgicos básicos y atención de partos. Sin embargo, unos pocos hospitales privados de mayor tamaño cuentan con atención de alta tecnología y servicios especializados. La disponibilidad de hospitales privados también varía en el país. En 1999, alrededor de 10 por ciento del total de establecimientos hospitalarios o clínicas privadas se concentraba en la Ciudad de México, pero la proporción se eleva a cerca de una tercera parte si se incluye a los hospitales con más de 50 camas (Secretaría de Salud, 2001b). Como podría esperarse, los estados más ricos ofrecen una mayor disponibilidad de unidades privadas que las entidades más pobres.

El establecimiento de hospitales, clínicas y farmacias en el sector privado se deja a la iniciativa empresarial privada. No se marcan límites para los prestadores de servicios con respecto a la ubicación, las actividades, las prescripciones y, en la actualidad, tampoco se regula la calidad de los servicios. Sin embargo, los hospitales privados de mayor tamaño tienden a estar certificados.

1.4.4 Recursos humanos

Aunque el número de médicos practicantes en México ha aumentado durante la década pasada, el país aún registra el segundo lugar más bajo en la OCDE, después de Turquía,

Gráfica 1.15 Número de médicos practicantes en países de la OCDE, 2002



Notas:

¹ Cifras correspondientes a 2001.

² Cifras correspondientes a 2000.

Fuente:

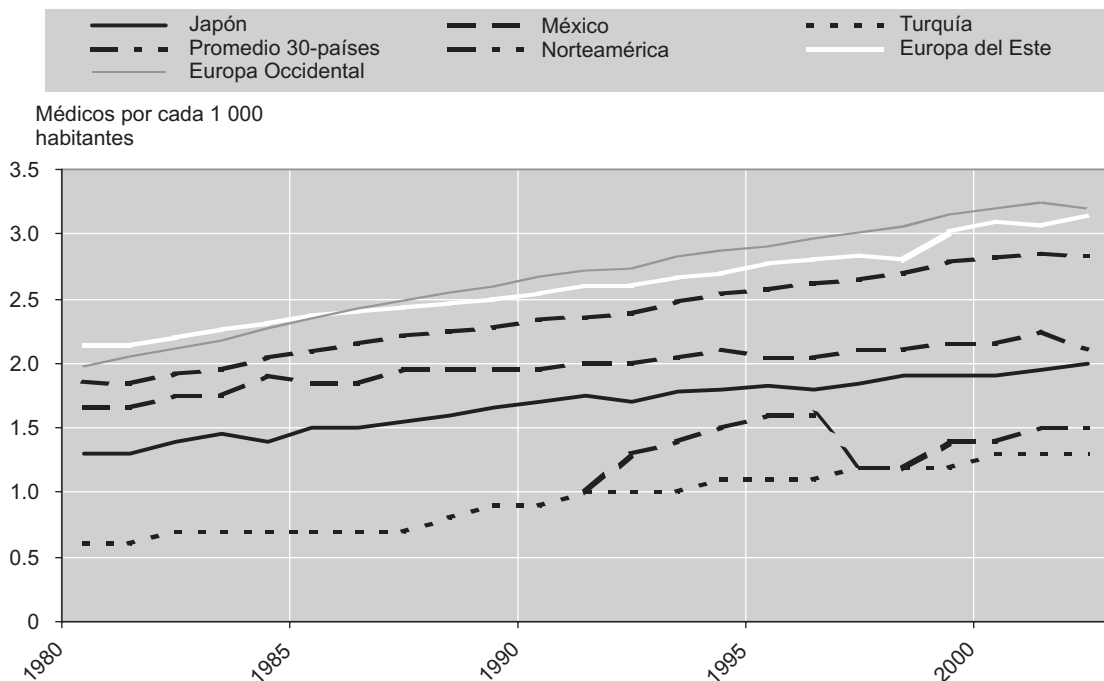
OECD (2004c) *OECD Health Data 2004*, 2a. edición.

en cuanto al número de doctores por cada 1 000 habitantes: 1.5 doctores por cada 1 000 habitantes en 2002, comparado con un promedio de la Organización de 2.9 doctores por cada 1 000 personas (Gráficas 1.15 y 1.16). El personal empleado de enfermería también es reducido en relación con otros países de la OCDE (2.2 por cada 1 000 habitantes en 2002, en comparación con un promedio de alrededor de 8 para los países miembros). En México se observa una distribución desigual de recursos humanos por región, por institución y entre renglones de especialización. En las zonas rurales tiende a observarse una carencia de recursos humanos.

La Secretaría de Educación tiene la responsabilidad por la emisión de licencias que permiten que los médicos practiquen su profesión, así como por el manejo de las escuelas de medicina, aunque éstas tienen flexibilidad y libertad para elegir los planes de estudio. La mayor parte de los doctores recibe su educación médica en universidades públicas, aunque también pueden capacitarse en instituciones privadas. No existe una política explícita sobre el número de médicos en México y, durante la década pasada, las escuelas de medicina ampliaron el número de plazas de manera sustancial. Tampoco existe un examen de oposición (concurso académico) para ingresar a las especialidades, aunque sí existe un examen de oposición para ser médico residente, y la educación médica pone el énfasis en los estudios de especialización más que en los generales o de medicina familiar. En México, la calidad de los graduados de medicina y su capacitación es heterogénea.

Aunque el sector salud es uno de los mayores empleadores de la economía, el número de graduados de las escuelas de medicina ha superado el aumento en el empleo en las

Gráfica 1.16 **Tendencia en el número de médicos practicantes en países de la OCDE, 1980-2002**



Nota:
Los datos para México están disponibles sólo para 1990.
Fuente:
OECD (2004c) OECD Health Data 2004, 2a. edición.

instituciones públicas (NERA, 1998; Frenk, *et al.*, 1991; Ruiz, *et al.*, 2003). Un número importante de médicos trabaja fuera de la profesión, en empleos que no exigen el mismo nivel de preparación que la carrera de medicina (Berman y Cuizon, 2004). Otros practican por un salario bajo, en condiciones laborales inestables o con bajos niveles de productividad. Una proporción significativa de graduados de escuelas de medicina (30 por ciento) no recibe su título o su licencia para practicar. La encuesta de empleo para 2000 (ENEU) sugiere que 28 por ciento de los médicos estaban desempleados o trabajaban menos de lo considerado como tiempo completo o lo hacían en otros sectores de la economía que no están relacionados con la salud.

Desde el comienzo de la década de 1970, México experimentó un aumento acelerado de la oferta de médicos, que ha excedido la capacidad del sistema público de salud para absorberlos, en especial conforme se ha debilitado el crecimiento económico (Frenk *et al.*, 1991). La disponibilidad de médicos y otros profesionales del ramo no se distribuye de manera equilibrada en el país. Aunque existe un exceso de oferta de médicos en las zonas urbanas, persisten las plazas vacantes en las rurales (Nigenda, 1997), donde las condiciones de trabajo y de vida son menos atractivas. Muchos médicos prefieren no ejercer la profesión o deciden permanecer subempleados en las zonas urbanas antes que practicar en zonas remotas del país, donde existen deficiencias de los servicios básicos de salud. Se estima que cerca de 80 por ciento de los médicos del sector público labora en zonas urbanas (NERA, 1998). Por otra parte, quienes trabajan en las zonas rurales tienden a ser graduados jóvenes

que deben ejercer durante un plazo obligatorio en estas regiones. Estas diferencias en la oferta también son marcadas entre los estados más ricos del norte y los de ingresos bajos del centro y el sur (Capítulo 2) (Nigenda, 1997). Algunos factores adicionales explican los desequilibrios actuales que se observan en el mercado laboral en el campo de la medicina, entre los que destaca la propia segmentación del mercado, que es reflejo de un número creciente de personas de menores recursos que asisten a escuelas que no están a la altura de las normas y de desequilibrios de género en las oportunidades de residencias y capacitación de posgrado, aunado a la creciente feminización de la profesión.³³ Estos problemas, en gran medida ocasionados por las desigualdades socioeconómicas que subyacen, se registraron desde principios de la década de 1990 y parecen seguir presentes en la actualidad.

Una proporción creciente de personal de enfermería se capacita en el nivel universitario. No obstante, una tercera parte de las personas que terminaron la escuela de enfermería están en el desempleo o inactivas y 15 por ciento adicional trabaja fuera del sector salud. Entre el personal de enfermería más joven es común el trabajo a tiempo parcial. Es seis veces más probable que este grupo trabaje menos horas que el segmento de edad entre 30 y 45 años.

El sector público ofrece la mayor parte de las oportunidades de empleo en el ramo de la salud. El IMSS absorbe 40 por ciento de todos los médicos empleados en el sector público y el ISSSTE contrata otro 11 por ciento, comparado con 44 por ciento de quienes trabajan para la Secretaría de Salud y los SESA. El panorama es similar en el caso del personal de enfermería. Las diferencias en la disponibilidad de recursos tendían a ser más pronunciadas, pues las instituciones de la seguridad social absorbían una proporción mucho mayor del total. La diferencia se ha reducido con el tiempo, gracias a los aumentos en el empleo en las instituciones del gobierno que atienden a la población no asegurada. Por ejemplo, se observó un gran aumento en el número de médicos que se desempeñaban en el sistema de salud del gobierno durante la segunda mitad de la década de 1990, cuando entró en vigor el programa PAC (Ruiz *et al.*, 2003). No obstante, persiste aún una proporción mayor de médicos y personal de enfermería especializados que laboran en las instituciones de la seguridad social, aunque resulta difícil interpretar la información debido al gran número de doctores clasificados como “otros” (Cuadro 1.9).

Cerca de una cuarta parte del total de profesionales médicos y paramédicos trabajan en el sector privado. Existe una proporción mucho mayor de especialistas en el sector privado que en el público, aunque muchos de ellos trabajan en ambos. Los contratos laborales con el sector público no impiden que los médicos mantengan un consultorio privado en su tiempo libre y no es raro que los doctores tengan hasta tres empleos. El personal de enfermería tiende a ser menos calificado en el sector privado que en el público, pero la proporción entre médicos y personal de enfermería en el sector privado parece ser mayor.³⁴ Asimismo, se observa una migración creciente de personal de enfermería hacia Estados Unidos y Canadá.

En México, el personal médico, paramédico y de enfermería que trabaja en el sector público se rige por un contrato que estipula un salario fijo, las horas de trabajo y las prestaciones de seguridad social. No obstante, pueden otorgarse prestaciones financieras adicionales sobre la base de los registros de asistencia y puntualidad del personal, así como del número de años de servicio y el riesgo que involucra su actividad. Los contratos en el nivel nacional se negocian de manera colectiva con el Sindicato Nacional de Trabajadores del

Cuadro 1.9 Profesionales de la salud generales y especialistas

| | Total sector público | Total población no asegurada | Secretaría de Salud y SESA | IMSS-Oportunidades ¹ | Total población asegurada por instituciones de la seguridad social | IMSS | ISSSTE | PEMEX |
|------------------------|----------------------|------------------------------|----------------------------|---------------------------------|--|--------|--------|-------|
| Médicos practicantes | 92 277 | 58 269 | 53 341 | 4 928 | 34 008 | 17 004 | 14 755 | 2 249 |
| Generales | 30% | 27% | 30% | n.d. | 34% | 37% | 26% | 41% |
| Especialistas | 38% | 30% | 30% | n.d. | 45% | 43% | 53% | 54% |
| Otros ² | 32% | 44% | 40% | n.d. | 21% | 20% | 22% | 5% |
| Personal de enfermería | 186 042 | 82 950 | 76 137 | 6 813 | 103 092 | 80 520 | 19 887 | 2 685 |
| Generales | 41% | 42% | 45% | n.d. | 41% | 41% | 39% | 43% |
| Especialistas | 11% | 6% | 6% | n.d. | 15% | 13% | 23% | 14% |
| Otros ² | 48% | 52% | 48% | n.d. | 44% | 46% | 37% | 43% |

n.d.: no disponible.

Notas:

¹ La mayoría de los médicos de IMSS-Oportunidades (78% de todos los médicos practicantes) son "pasantes" (estudiantes no graduados quienes finalizaron sus cursos y están realizando sus prácticas en un hospital con el fin de obtener el grado de médico general) mientras que 87% del total del personal de enfermería son auxiliares.

² Otros incluyen, en el caso de los médicos practicantes: pasantes, internos y dentistas; mientras que en el caso del personal de enfermería se refiere sobre todo a auxiliares.

Fuente:

Secretaría de Salud (2004a) Boletín de Información Estadística, 2002 (última versión revisada al mes de octubre de 2004).

Sector Salud (para la federación y los SESA), o con el Sindicato Nacional de Trabajadores del IMSS o del ISSSTE (en el caso de ambas instituciones). Las plazas se consideran permanentes y los ascensos, las transferencias y los despidos se dan luego de un complejo proceso burocrático.

Existen diferencias entre las reglas que gobiernan las relaciones laborales del IMSS, el ISSSTE y los servicios de la Secretaría de Salud y los estados. Los sindicatos del IMSS operan con base en el apartado A del Artículo 123 de la Constitución mexicana, que se refiere a los empleados del sector privado y permite la negociación de contratos colectivos. El sindicato del IMSS cubre a todos los trabajadores de la institución e incluye una gama amplia de trabajadores profesionales y no profesionales de la salud en el mismo contrato. En cambio, los trabajadores del gobierno federal están cubiertos por el apartado B del mismo artículo constitucional, que otorga menos capacidad de establecer contratos colectivos y ejercer control sindical. En el sistema de la Secretaría de Salud y los SESA, los contratos colectivos difieren para las distintas categorías de trabajadores y a menudo se trata de contratos individuales. Los sindicatos del IMSS también han sido más activos que los del ISSSTE y el de la Secretaría de Salud y, por ejemplo, han organizado huelgas en las épocas de renegociación del contrato colectivo. A diferencia de lo que sucede en el sector público, el contrato del IMSS debe cumplirse por ley. Se dice que los sindicatos tienen un poder de decisión significativo, por lo menos dentro del IMSS, al tener, por ejemplo, el control efectivo sobre la contratación de médicos, el establecimiento de horarios de trabajo y la asignación de responsabilidades entre el personal.

1.4.5 Medicamentos

El mercado farmacéutico mexicano —que representó 1.2 por ciento del PIB en 2002, o cerca de una quinta parte del gasto total en salud (González Pier y González Hernández, 2004)— se caracteriza por las diferencias claras e importantes entre el sector público (gobierno y seguridad social) y el privado en términos de producción, adquisición y distribución.³⁵

Los fondos de los gobiernos (federal y estatales) y la seguridad social adquieren productos —para su distribución a pacientes del sector público— que se han incluido en un Cuadro Básico establecido por el Consejo de Salubridad General (CSG).³⁶ El Cuadro Básico y el catálogo de medicamentos contienen 776 productos genéricos que se han determinado sobre la base de su eficacia, calidad, seguridad y accesibilidad. La oferta de estos medicamentos está dominada por empresas nacionales. Hasta 300 de ellas compiten en este mercado disperso, sobre todo por productos genéricos, que representan 80 por ciento de las adquisiciones públicas en función del volumen de las mismas. La competencia entre productores nacionales también es intensa: en promedio, 20 empresas compiten en cada contrato y las 20 compañías más importantes sólo representan poco más de 10 por ciento del mercado. En cambio, el mercado privado está más concentrado, con cerca de 70 compañías que compiten entre sí. Veinte empresas constituyen 60 por ciento del mercado, de las cuales tres cuartas partes son multinacionales. Los productos que se venden en este mercado son tanto de marca como genéricos.³⁷ Existe poca actividad de investigación y desarrollo de fármacos en México.

En general, en función del volumen de ventas, los mercados público y privado son casi equivalentes. Sin embargo, el sector público sólo representa 20 por ciento del valor de las

ventas (González Pier y González Hernández, 2004).³⁸ En el sector público, el IMSS y el ISSSTE representan, respectivamente, cerca de 80.3 y 14.2 por ciento de la adquisición pública de fármacos, mientras que los sistemas federal y estatales sólo representan 5.4 por ciento. Este desequilibrio entre la seguridad social y los SESA se refleja en serios problemas de oferta de medicamentos en los SESA. La diferencia en precios entre el sector público y el privado se debe a varios factores, que van desde una relativa falta de productos innovadores y de marca en las compras del sector público, a la falta de márgenes de mayoreo y menudeo. Los compradores públicos (la seguridad social y la Secretaría de Salud) por lo general centralizan la adquisición de medicamentos. Sin embargo, la Secretaría de Salud centraliza la compra sólo de vacunas y otros medicamentos esenciales, mientras que los estados gozan de autoridad financiera y administrativa en la compra de otros fármacos. El gobierno federal proporciona precios indicativos para los distintos medicamentos, pero la compra descentralizada de los estados ha resultado en grandes diferencias en los precios promedio de los medicamentos entre entidades federativas.

Se han llevado a cabo esfuerzos recientes para mejorar y controlar la calidad de los fármacos (Recuadro 1.6). Se supone que el sector público debe adquirir sólo medicamentos que se incluyen en una lista básica de genéricos intercambiables bioequivalentes, que integra el CSG. En los casos en los que no se dispone de medicamentos bioequivalentes, el sector público adquiere genéricos con calidad controlada. Sin embargo, a fines de 2002, los genéricos bioequivalentes representaron, tanto en valor (0.3 por ciento) como en volumen (0.7 por ciento), sólo una proporción mínima del mercado total de genéricos en México. Los productos copia no bioequivalentes representaron 36 por ciento del mercado total en 2002, en comparación con sólo 0.3 por ciento (en valor) o 0.7 por ciento (en volumen) de los genéricos bioequivalentes (González Pier y González Hernández, 2004).

Recuadro 1.6 **Regulación relacionada con los fármacos y otros insumos médicos**

Hace poco tiempo, se tomaron medidas para mejorar la regulación relacionada con los medicamentos en lo correspondiente a su seguridad y eficacia. Las autoridades mexicanas establecieron un marco regulativo y un padrón de medicamentos para garantizar que los productores cumplan con las normas de eficacia, seguridad y calidad.* También se revisó el padrón de medicamentos, que incluye todos los fármacos permitidos o autorizados para su venta en el mercado mexicano.

En contraste con la mayoría de los demás países —donde todos los productos genéricos están sujetos a pruebas de “intercambiabilidad” o posibilidad de intercambio—, en México coexisten dos tipos de medicamentos genéricos: intercambiables (GI) que incluyen aquellos productos donde la “sustituibilidad” o posibilidad de sustitución está demostrada por un conjunto de pruebas clínicas; y un segundo grupo llamados “productos copia” que incluye medicamentos que carecen de pruebas de seguridad y eficacia.

Desde 1998, el número de genéricos intercambiables (GI) listados ha alcanzado 449 medicamentos. Su inclusión se basa en una decisión tomada por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). A fin de estimular el

Recuadro 1.6 **Regulación relacionada con los fármacos y otros insumos médicos** (cont.)

mercado de GI, una decisión del CSG fechada en junio de 2002, exige que todas las instituciones públicas de salud adquieran medicamentos GI, cuando estén disponibles en el mercado mexicano, en lugar de productos “copia”. A partir de esta decisión, el número de solicitudes de inclusión de fármacos en la lista de GI ha aumentado de 963 a un total de 2 606 productos.

Para garantizar que se mantenga la calidad de los fármacos en el tiempo, el Congreso recién aprobó una reforma legislativa mediante la cual se limita la duración del registro de los medicamentos genéricos a cinco años y establece que los productos copia o los GI tendrán que someterse a pruebas periódicas de calidad y eficacia. Para obtener de nuevo el registro, será entonces necesario que los medicamentos sean intercambiables con los productos de marca. Esto pretende eliminar en forma progresiva las copias deficientes y garantizar una mayor transparencia para los doctores, farmacéuticos y consumidores. Será necesario analizar más a fondo el marco regulatorio existente para garantizar que todos los medicamentos que en la actualidad se incluyen en el Cuadro Básico y en el catálogo de medicamentos del sector público de salud estén respaldados como GI.

* Se considera que un medicamento es de buena calidad cuando sus características estructurales son homogéneas en todos los lotes producidos; se le considera seguro cuando los efectos esperados de sus componentes son aquellos para los que el medicamento se autorizó originalmente; y es eficaz cuando el efecto farmacológico de sus componentes es el que se aprobó en un inicio. Antes de formar parte del padrón, cada nuevo medicamento debe demostrar ser seguro sobre la base de pruebas clínicas. Los fármacos cuyo ingrediente activo se utiliza ya en el mercado mexicano están exentos de este requisito.

En la actualidad, los productores que operan en el mercado privado de salud están sujetos a un mecanismo de control directo de precios ejercido por la Secretaría de Economía, mediante el cual los productores pueden incrementar los precios, pero dicho incremento está limitado por un umbral sobre el precio máximo de venta al público que se calcula sobre la base de la evolución de ciertas variables macroeconómicas. Este mecanismo opera mediante un convenio en la materia con las empresas, pero alrededor de 40 por ciento del mercado no los respeta.

En lo que se refiere a la distribución, las compañías de mayor tamaño comercializan y distribuyen los fármacos por medio de tres distribuidores mayoristas que controlan cerca de 70 por ciento de este mercado. El resto del mismo depende de distribuidores más reducidos que se especializan en el nivel local. Los márgenes de distribución se estiman en alrededor de 15 por ciento, en comparación con 21 por ciento de margen para las farmacias (González Pier y González Hernández, 2004).

De igual manera, se observa una separación clara entre el sector público y el privado en relación con los puntos de venta y distribución de medicamentos entre pacientes.³⁹ Los fármacos que adquiere el sector público se distribuyen entre los pacientes en los establecimientos del gobierno y la seguridad social. En la actualidad, no es posible que un paciente con una receta de alguna institución del sector público obtenga el reembolso por un medicamento adquirido en una farmacia privada. Existen alrededor de 20 000 farmacias privadas, sobre todo farmacias independientes, que atienden sólo a los pacientes privados que

pagan de su bolsillo por los medicamentos. La regulación de las farmacias en el sector privado es deficiente. A menudo, los pacientes no tienen necesidad de mostrar una receta médica para comprar fármacos que por lo regular la requieren. Algunas farmacias emplean un médico que puede recetar medicamentos en caso de que el paciente requiera uno que exija la presentación de receta médica.

A fin de resolver algunos de estos problemas y estimular la competencia en los mercados farmacéuticos, se han presentado nuevas propuestas respecto de la regulación de los precios de los medicamentos en el sector privado. En el caso de los productos con patente, el nuevo sistema de regulación de precios permitiría que estos se establecieran en línea con los precios de un conjunto de países. La sugerencia se centra en utilizar los precios internacionales de lanzamiento como base, con aumentos en función de la inflación. En el caso de los medicamentos que no son de patente, los precios se liberarían por completo y se reducirían las barreras a la entrada para los productores (a la fecha, sólo los productores con instalaciones que operan en México tienen la posibilidad de introducir un producto en el mercado).

1.4.6 Gasto por tipo de servicio

México gasta 33 por ciento de sus erogaciones totales de salud en servicios de hospitalización, 31 por ciento en consulta externa y 22 por ciento en medicamentos. En comparación con el promedio de la OCDE, la proporción de medicamentos es marginalmente más alta y la de servicios de hospitalización más baja en el margen (Cuadro 1.10).

Existen diferencias notables en el gasto por tipo de servicio entre el sector público y el privado (Cuadro 1.11). En particular, la proporción de gasto en medicamentos es mayor en el sector privado, en comparación con la del sistema público.

1.5 Pago a prestadores de servicios

Los métodos de pago a los proveedores varían entre el sector público y el privado. Los médicos y el personal de enfermería del sector público reciben un salario que paga la institución en la que trabajan, mientras que a los hospitales se les asignan fondos sobre la base de presupuestos históricos. En el sector privado los proveedores reciben ingresos mediante el pago por servicio prestado.

La remuneración en el sector público se basa en la antigüedad. Los niveles salariales son relativamente bajos y los ingresos de los médicos parecen reducidos al compararlos con el ingreso promedio.⁴⁰ Existen diferencias en los niveles salariales entre el sector de la seguridad social y las instituciones que atienden a la población no asegurada, con los primeros más altos que los segundos. Los salarios bajos reducen los incentivos para que los profesionales permanezcan en el sector salud⁴¹ y pueden llevar también al ausentismo, a una baja motivación del personal y a la participación de éstos en otros empleos (ya sea en el sector público o el privado o incluso fuera del sector salud) (Cercone *et al.*, 2001). Los salarios por hora del personal de enfermería tienden a ser particularmente bajos y representan cerca de una tercera parte menos que el salario promedio (Aguilar, 2003).

Los hospitales del sector público tienen un presupuesto global que se establece sobre una base anual. Estos presupuestos se determinan en su mayoría sobre la base del costo histórico y la disponibilidad de recursos, sin tomar en cuenta la eficiencia de los hospitales,

Cuadro 1.10 **Gasto en salud por tipo de servicio en países de la OCDE, último año disponible¹ (% del gasto total en salud)**

| | Hospitalización | Consulta externa | Medicamentos | Consulta externa y medicamentos |
|------------------------------------|-----------------|------------------|--------------|---------------------------------|
| Alemania | 36.1 | 20.6 | 14.5 | 35.1 |
| Australia | 40.2 | 26.1 | 13.8 | 39.9 |
| Austria | 38.2 | 31.5 | 16.1 | 47.6 |
| Bélgica | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Canadá | 28.8 | 28.5 | 16.6 | 45.1 |
| Corea | 22.9 | 42.1 | 22.4 | 64.5 |
| Dinamarca | 51.1 | 27.5 | 9.2 | 36.7 |
| España | 27.6 | 39.2 | 21.5 | 60.7 |
| Estados Unidos | 27.6 | 43.7 | 12.8 | 56.5 |
| Finlandia | 39.2 | 30.3 | 15.9 | 46.2 |
| Francia | 41.3 | 22.8 | 20.8 | 43.6 |
| Grecia | n.d. | n.d. | 15.6 | 15.6 |
| Hungría | 29.0 | 22.6 | 27.6 | 50.2 |
| Irlanda | n.d. | n.d. | 10.3 | 10.3 |
| Islandia | 54.6 | 23.2 | 14.0 | 37.2 |
| Italia | 41.5 | 30.2 | 22.4 | 52.6 |
| Japón | 38.9 | 32.0 | 18.8 | 50.8 |
| Luxemburgo | 40.3 | 27.2 | 11.6 | 38.8 |
| México | 33.0 | 30.8 | 21.6 | 52.4 |
| Noruega | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Nueva Zelanda | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Países Bajos | 40.8 | 21.9 | 10.4 | 32.3 |
| Polonia | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Portugal | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Reino Unido | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| República Checa | 37.8 | 24.9 | 22.6 | 47.5 |
| República Eslovaca | 35.0 | 15.6 | 37.3 | 52.9 |
| Suecia | 31.2 | 47.7 | 13.1 | 60.8 |
| Suiza | 48.1 | 27.4 | 10.3 | 37.7 |
| Turquía | 19.9 | 28.4 | 24.8 | 53.2 |
| Promedio de 21-países ² | 36.9 | 29.0 | 17.9 | 44.5 |

n.d.: no disponible

Notas:

¹ El último año disponible es 2002 para todos los países excepto Australia, Austria, Corea, Grecia, Irlanda y Japón, los cuales presentan cifras de 2001 y Turquía, que se refieren a 2000.

² El promedio de la OCDE incluye a todos los países miembros excepto el Reino Unido, Turquía, Portugal, Polonia, Noruega, Nueva Zelanda, Irlanda, Grecia y Bélgica.

Fuente:

OECD (2004c) OECD Health Data 2004, 2a. edición.

Cuadro 1.11 **Desglose del gasto en salud por tipo de institución y servicio**

| Gasto público y privado en salud por tipo de servicio | | | | |
|---|--|--|----------------|-------------------|
| | Gasto del gobierno general (no incluye seguridad social) | Gasto de la seguridad social (SS) ¹ | Seguro privado | Gasto de bolsillo |
| Servicios de hospitalización | 43.0% | 83.1% | 59.5% | 19.4% |
| Servicios de consulta externa | 12.2% | n.d. | n.d. | 43.1% |
| Medicamentos (fármacos) | 0.6% | n.d. | 3.6% | 37.5% |
| Servicios preventivos y de salud pública | 20.6% | n.d. | n.d. | n.d. |
| Administración de salud y aseguramiento de salud | 23.6% | 16.9% | 36.9% | n.d. |
| Total | 100% | 100% | 100% | 100% |

n.d.: no disponible

Nota:

¹ Gasto en seguridad social en servicios hospitalización también incluye servicios para pacientes externos y medicamentos. No se cuenta con desglose para estos rubros.

Fuente:

OECD (2004e) *SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies Mexico, National Health Accounts, 2001.*

el trato adecuado para los pacientes u otros indicadores de desempeño. La mayor parte del presupuesto de cada hospital es absorbida por los costos de personal. Esto representa, por ejemplo, alrededor de 80 por ciento del presupuesto de los hospitales del IMSS. Los hospitales tienen poca autonomía o control de este rubro de gasto, pues los salarios, las tasas de empleo y las condiciones de trabajo se convienen de manera centralizada en contratos con los sindicatos y, con mucha frecuencia, se negocian en el nivel nacional. En el caso del IMSS, una pequeña fracción del 20 por ciento que resta del presupuesto se asigna con base en la actividad. Sin embargo, en general, los administradores de los hospitales tienen poca discreción administrativa sobre cómo manejar sus instalaciones y cómo asignar los recursos. Cuando los hospitales registran un déficit, el faltante es cubierto por la institución central correspondiente, ya sean las oficinas centrales del gobierno federal, de los gobiernos estatales, del IMSS o del ISSSTE.

En el sector privado lo que predomina es el pago a los proveedores sobre la base del servicio prestado (pago por servicio). Los honorarios por consulta que cobran los médicos no están regulados y en general reciben su pago en efectivo. Si los médicos participan en redes de seguros privados, los honorarios cobrados a los pacientes asegurados se negocian con la compañía de seguros correspondiente. Los hospitales privados también funcionan con base en el pago por servicio prestado. Existe libertad para establecer las tarifas, pero las aseguradoras negocian cuotas más bajas con los hospitales privados por tratar a pacientes asegurados. El volumen de actividad en los hospitales que es canalizado a través de las aseguradoras varía entre un hospital privado y otro, y puede llegar a ser hasta de la mitad de la actividad total de un hospital. Los hospitales privados también pueden recibir ingresos de médicos que rentan o compran espacio en los hospitales para su práctica privada.

1.6 El papel del gobierno en la regulación del sector salud y el establecimiento de la política nacional de salud

A partir de la reforma de 1984, la Ley General de Salud (LGS) regula todos los aspectos del sector y establece el derecho de todos los ciudadanos mexicanos a la protección de la salud. También establece la división de responsabilidades de salud entre el gobierno federal y los estados, así como para otras organizaciones. Estos aspectos se han conservado y fortalecido por medio de las reformas sucesivas que han tenido lugar desde entonces. El gobierno federal es responsable de establecer la legislación pertinente, de la selección de prioridades y metas, la capacitación del personal y el suministro de apoyo técnico para la puesta en marcha de programas de salud entre la población. Las autoridades de los gobiernos locales establecen los objetivos en ese nivel y son responsables de la implantación de los programas de salud entre la población dentro de sus ámbitos de competencia. El gobierno también es responsable de la planeación y operación de los programas de salud pública.

Aunque la Secretaría de Salud tiene la responsabilidad máxima por el establecimiento del marco de rectoría del sistema de salud, la fragmentación del mismo ha dificultado que la Secretaría de Salud ejerza plenamente este papel de rectoría, en especial en el renglón de la prestación de servicios de salud. Un problema particular en este contexto concierne al sistema de seguridad social, donde la supervisión de la Secretaría de Salud es más débil que aquella para los servicios ofrecidos por la Secretaría misma. Por ejemplo, y quizá debido a su papel en la prestación más general de seguridad social, el IMSS reporta a la Secretaría del Trabajo y la Secretaría de Salud sólo juega un papel de consulta y coordinación con respecto al componente de salud.⁴²

El gobierno también tiene una función en la regulación de la oferta de servicios de salud. En lo que se refiere a la preparación profesional, se ha comenzado a establecer un sistema de acreditación para escuelas de medicina. Aunque sólo 23 de las 78 escuelas de medicina y sólo 5 de las 300 escuelas de enfermería en México estaban acreditadas en 2000 (Secretaría de Salud, 2001b), se espera observar una evolución acelerada en este sentido. Todas las escuelas de medicina han solicitado la acreditación luego de la aprobación de una regulación que obliga a la contratación exclusiva de graduados de instituciones acreditadas en los establecimientos federales y los SESA, así como en el sistema de seguridad social. Antes de recibir su certificado de estudios, algunas escuelas requieren que los estudiantes presenten un examen de nivel nacional para constatar su preparación profesional. Existe también un mecanismo de acreditación en el nivel nacional coordinado por el Consejo Nacional de Medicina General. La acreditación de los especialistas se encuentra en manos de consejos de especialistas ligados a la Academia Nacional de Medicina y la Academia Nacional de Cirugía. La certificación de hospitales comenzó en 1999 y es operada por el Consejo de Salubridad General (CSG) por medio de la entonces llamada Comisión para la Certificación de Hospitales. Por su parte, la regulación del sector privado es débil. La autorregulación que ejercen los profesionales y los prestadores de servicios es el modelo principal de control de normas o estándares de la práctica médica de este segmento. Además, los lineamientos o guías clínicas carecen de desarrollo.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) fue establecida en 1996 para contribuir en la resolución de conflictos entre prestadores de servicios y pacientes por medio de la conciliación y el arbitraje. Este es el organismo principal para proveer protección a los pacientes en México. Hasta 2001, había tratado 22 000 casos, aunque se cuen-

ta con poca información acerca del impacto que esto haya tenido en la calidad de los servicios.

La Secretaría de Salud es responsable de la regulación y la protección contra riesgos de salud pública por medio de su Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). Este organismo funciona como la *Food and Drug Administration* (Oficina de Alimentos y Fármacos) y la *Environmental Health Protection Agency* (la Oficina de Protección contra Riesgos Ambientales para la Salud) de Estados Unidos y es responsable de la regulación de productos y servicios cuyo consumo pueda implicar riesgos a la salud humana (Recuadro 1.7).

Recuadro 1.7 Regulación para limitar riesgos sanitarios en México

El gobierno mexicano ha establecido una prioridad de primer nivel para la protección de la población contra riesgos sanitarios y, con este propósito, estableció en 2001 la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). La Comisión es un organismo semi independiente de la Secretaría de Salud con autonomía técnica, administrativa y operativa en los renglones de regulación de los riesgos sanitarios, el control y la promoción. Los riesgos sanitarios contemplados incluyen los relacionados con los alimentos y bebidas, los medicamentos, el equipo e insumos médicos, productos cosméticos y de perfumería, los nutrientes vegetales, las plantas y los desinfectantes y otros productos y sustancias a los que la población se expone de manera involuntaria. Además, la COFEPRIS es responsable del diseño de estrategias de prevención y control de los factores de riesgo del medio ambiente que puedan ser dañinos para la salud. La Comisión ha asumido responsabilidad por el control y la vigilancia de ciertas actividades que se encontraban bajo la supervisión del Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, el Centro Nacional de Trasplantes y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

La COFEPRIS tiene facultades en lo relacionado con la redacción de normas oficiales mexicanas que conciernen a diversos productos y actividades, la evaluación de riesgos sanitarios y la aplicación de sanciones y medidas de seguridad en los renglones de su competencia. Las funciones de este nuevo organismo han sido incorporadas a la operación de los estados a fin de facilitar la acción integrada. También se han logrado avances con respecto a la regulación de la prestación de servicios personales de salud, por ejemplo en los renglones de medicamentos e insumos médicos (Recuadro 1.6).

Notas

1. Aunque el presente estudio se centra sobre todo en el sistema de servicios de salud o atención médica en México, también contempla otras actividades importantes en el sector, como algunos hechos relacionados con la salud pública o la regulación, cuando resulta apropiado contemplarlas a la luz del análisis y evaluación de la política. Véase OECD, 2004c para una definición de las actividades relacionadas con la salud.
2. La fuente de los datos para 1940 es de Ortiz, *et al.* (2002).
3. De acuerdo con una tipología de modelos nacionales de salud establecida por la OECD (1992). Véase también Docteur y Oxley (2003).

4. De acuerdo con estimaciones del Banco Mundial (Banco Mundial, 2004a, con base en De Ferranti, et al., 2004), la distribución del ingreso es aún más extensa. El quintil más bajo de hogares (clasificados por ingreso familiar per cápita), representó 3.1 por ciento del ingreso total, mientras que el decil más alto representó 43 por ciento. La razón entre el ingreso en el decil más alto y el más bajo fue de 45.
5. La República Mexicana comprende 31 estados y un Distrito Federal. Aunque éste último tiene un estatus legal distinto en varios aspectos, para efectos prácticos se puede considerar como la entidad 32.
6. El índice de marginación que calcula CONAPO resume en una medida la falta de acceso a la satisfacción de las necesidades básicas como educación, condiciones de vida apropiadas y percepciones de la adecuación del ingreso. El índice contempla cuatro dimensiones estructurales de marginación (utiliza indicadores distintos para cada una): vivienda; ingresos laborales; educación; y distribución de la población (CONAPO, "Índice de marginación", www.conapo.gob.mx). El índice es muy alto en Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Veracruz.
7. OECD Health Data 2004, 1a. edición. El promedio excluye a Turquía, para el cual no se dispone de datos para 2002.
8. Esta cifra se basó en cálculos realizados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). La posibilidad de comparación de estos datos con los de otros países de la OCDE resulta poco factible.
9. En este informe se emplea el término "población no asegurada" para referirse a aquellas personas y familias sin acceso a la protección de la seguridad social. Esto difiere de la manera en que se utiliza el término "no asegurado" en otros países de la OCDE, donde la población no asegurada, en general, se refiere a las personas que deben pagar de su bolsillo por los servicios de salud, con excepción de algunos casos de emergencia.
10. La reforma mediante la cual se estableció el SP se describe con detalle en el Capítulo 3.
11. Estos programas sólo se comentan en el presente informe en la medida en la que incidan en el financiamiento de los servicios de salud (Capítulo 2).
12. Entre abril y mayo de 2004, los empleados del IMSS sumaban 408 283 personas, incluido el personal médico y administrativo. En esta cifra se incluyen 22 498 trabajadores del programa IMSS-Oportunidades (Informe de Servicios Personales, junio 2004, www.imss.gob.mx).
13. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cubre a empleados del gobierno federal, una serie de gobiernos estatales y a la mayoría de las empresas del gobierno. En principio, estas últimas deberían estar afiliadas al IMSS, de acuerdo con el apartado A del Artículo 123 de la Constitución mexicana (véase más adelante) y la tendencia ha sido en este sentido (como en el caso de la Comisión Federal de Electricidad, Ferrocarriles Nacionales de México y Luz y Fuerza del Centro).
14. La reforma de la estructura de aportaciones del IMSS se llevó a cabo en la Ley del Seguro Social de 1995 (LSS) y se puso en marcha en 1997. Esto reflejó la inquietud acerca del extenso tamaño del sector informal y los incentivos de los empleadores y empleados para no declarar. Los aumentos en las aportaciones para el componente de enfermedades y maternidad a fines de la década de 1980 tal vez impidieron el incremento en el empleo formal e indujeron a subdeclarar ingresos. Además, los déficits en el componente de salud del IMSS se habían financiado por los superávits en el componente de las pensiones por edad avanzada. Antes de las reformas, el sistema había sido financiado mediante la aportación de 12.5 por ciento de los salarios (8.75 por ciento por el empleador y 3.125 por ciento por el empleado), con una transferencia adicional del gobierno de 0.625 por ciento. La forma final del sistema estará constituida por varios elementos: i) una contribución federal equivalente al valor actualizado por inflación de 13.9 por ciento del salario mínimo del Distrito Federal vigente en 1997; ii) una aportación fija del empleador equivalente a 20.4 por ciento del salario mínimo; iii) una contribución de acuerdo con el ingreso de 1.5 por ciento de la remuneración del empleado a partir de tres veces el salario mínimo, repartida entre empleadores y empleados (1.5 por ciento x (ingreso – 3 salarios mínimos)). Los empleados con remuneraciones inferiores a tres veces el salario mínimo están exentos del pago de aportaciones (OCDE, 1998).
15. En adición, los individuos cubiertos por el régimen ordinario del IMSS también reciben beneficios monetarios ante la ocurrencia de la enfermedad. El SSF sólo cubre beneficios en especie.
16. Los autoempleados, propietarios de negocios, trabajadores en el servicio doméstico y los trabajadores en empresas familiares, y los mexicanos que trabajan en el extranjero.

17. La contribución del gobierno es la misma que su aportación a los derechohabientes del IMSS (el valor actualizado por inflación de 13.9 por ciento del salario mínimo del Distrito Federal vigente en 1997) y se ha mantenido sin cambio luego de las reformas al esquema de financiamiento en 2001.
18. Lo que significa contar con acceso pleno a las prestaciones de seguridad social, como los servicios de salud y otros.
19. La atención es gratuita en el momento de prestar el servicio en el Gobierno del Distrito Federal cuyo sistema opera de manera similar a los sistemas estatales.
20. El análisis basado en información de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000) revela que 39 por ciento de los asegurados del IMSS y 56 por ciento de los del ISSSTE recurren a servicios ambulatorios prestados por otras instituciones distintas de las de seguridad social a la que están afiliados y, en el caso de servicios en hospitales, el porcentaje asciende a 28 por ciento de afiliados al IMSS y 46 por ciento al ISSSTE.
21. Además de los programas que se comentan en este párrafo, el Instituto Nacional Indigenista (INI) presta algunos servicios médicos a la población indígena, mientras que el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), en lo relacionado con el renglón de la salud, presta servicios de planificación familiar y ayuda a discapacitados.
22. Los servicios ofrecidos en este paquete incluían los siguientes: servicios de planificación familiar; atención prenatal y postnatal; programas de nutrición y supervisión del desarrollo infantil, vacunas, tratamientos antiparasitarios y contra la diarrea, manejo de infecciones respiratorias, prevención de la hipertensión y la diabetes, prevención de la tuberculosis, prevención de accidentes y, prevención y detección del cáncer cérvico-uterino.
23. Los empleadores pueden ofrecer seguros privados de salud que duplican los beneficios disponibles mediante el IMSS. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) de 1994, la mitad de las personas que se suscriben a un seguro privado también tienen cobertura del IMSS.
24. La reforma de 1995 proponía facilitar este mecanismo de reversión de cuotas a fin de aumentar la competencia y la satisfacción de los usuarios por medio de incentivos para prestar servicios de mejor calidad, reducir los costos del empleo y estimular el empleo formal, y fomentar el desarrollo del sector de seguros y servicios de salud. Sin embargo, esta propuesta de reforma quedó congelada por el Congreso hasta que fuera posible establecer reglas para reducir el riesgo de selección adversa.
25. De acuerdo con OECD (2004c), la proporción pública del financiamiento de la salud incluye “el gasto en servicios de salud o atención médica en el que incurren los fondos públicos. Los fondos públicos son los organismos de los gobiernos locales, estatales y regionales y los esquemas de seguridad social. La formación de capital público en salud incluye la inversión financiada por el sector público en establecimientos de salud más las transferencias de capital al sector privado para la construcción de hospitales y la adquisición de equipo” (OECD, 2004c).
26. En la Gráfica 1.11 estos fondos se incluyen en el gasto realizado por las instituciones de seguridad social.
27. Por ejemplo, para quienes sólo cuentan con cobertura de seguridad social, más de 20 por ciento prefirieron a un prestador de servicios de salud diferente cuando tuvieron un problema de salud. De las personas que informaron contar sólo con cobertura del IMSS, 18.4 por ciento prefirieron un proveedor privado, mientras que lo mismo sucedió con 24.4 por ciento de asegurados en el ISSSTE. De las personas que informaron contar con cobertura del IMSS o del ISSSTE, cerca de 9 por ciento prefirieron a prestadores de servicios de la Secretaría de Salud.
28. Incluye servicios personales y el régimen de jubilaciones y pensiones (RJP) tomados como porcentaje de los gastos directos (IMSS, 2003a. Cuadro V2).
29. Los datos para el sector privado incluyen las instituciones con menos de 15 camas.
30. Mientras que alrededor de 82 por ciento de los asegurados vive en zonas urbanas, sólo 50 por ciento de los no asegurados habita en estas zonas.
31. En las zonas rurales, son populares los practicantes de medicina tradicional y los curanderos. En los estados más pobres, las parteras tradicionales atienden una fracción importante de los nacimientos, en especial en las localidades donde vive la población indígena.
32. Las cifras para México excluyen las camas en unidades hospitalarias con menos de 15 camas. Si se incluyera el total de camas la tasa se elevaría de 1.0 a 1.2.

33. La profesión médica se ha feminizado de manera marcada y, en la actualidad, casi la mitad de los médicos practicantes son mujeres (Aguilar, 2003, p. 128), en especial en la medicina primaria y algunas especialidades como la pediatría y la salud mental. Cerca de la mitad de doctoras trabaja medio tiempo y, entre las mujeres de la profesión médica, se observa una alta tasa de desempleo e inactividad.
34. En 2002, la proporción de médicos por personal de enfermería fue de 0.63 en el sector público y 1.32 en el privado. La proporción para el sector público se ubica entre las más bajas de la OCDE.
35. La industria farmacéutica mexicana está organizada en una asociación, la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (Canifarma).
36. El Consejo de Salubridad General (CSG) se compone de representantes de instituciones públicas de salud, así como de otras dependencias gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, representantes de academias de profesionales de la salud y del sector educativo vinculado con el sector salud, y su objetivo principal es ofrecer un mecanismo de coordinación para todas las instituciones y entidades incluidas en el Sistema Nacional de Salud (SNS).
37. Debido a la introducción bastante reciente de la ley de derechos de propiedad intelectual (a fines de la década de 1980), aún persiste una cantidad importante de productos “copia” en el mercado. Aunque tienen el mismo ingrediente activo que el producto innovador, estos compuestos todavía no se consideran genéricos intercambiables de acuerdo con la definición utilizada en otros países. En la actualidad, existen dos tipos de productos genéricos: los certificados como “genéricos intercambiables” (que han superado las pruebas correspondientes) y los considerados como “genéricos copias” o similares (que no han realizado las pruebas). Por medio de iniciativas recientes del Consejo de Salubridad General (CSG), el sector público acordó favorecer la compra de “genéricos intercambiables” en lugar de “copias o similares”.
38. De acuerdo con OECD (2004c), el financiamiento público de fármacos en México representa sólo 10 por ciento del gasto total en medicamentos, mientras que el sector privado representa 90 por ciento.
39. Se estima que en México existe un total de 23 500 puntos de venta de fármacos.
40. Sin embargo, debido a que la distribución del ingreso en México está en gran medida sesgada a la derecha, los salarios de los médicos podrían ser mucho más altos en relación con la mediana.
41. En especial, la debilidad del vínculo en el mercado laboral para las doctoras puede explicarse en parte por el hecho de que los salarios por hora para las mujeres médicos son 20 por ciento más bajos que para sus contrapartes varones. Parte de esta diferencia se puede relacionar con las discrepancias en la estructura de edad y el grado de especialización. Los salarios aumentan con la edad y la duración de los estudios. La edad promedio de las doctoras es tal vez menor, mientras que la proporción de hombres especialistas es mayor que la de las mujeres (Aguilar, et al., 2003, Gráficas 3 y 4).
42. De conformidad con la Ley General de Salud (LGS) (Artículo 3) la Secretaría de Salud “organiza, controla y supervisa” los servicios de salud fuera del sector de seguridad social. En cambio, en el caso de este último, el papel de la Secretaría de Salud se limita a la “coordinación, evaluación y seguimiento”.

Capítulo 2

Diagnóstico de las fortalezas y debilidades del sistema de salud en México

Capítulo 2. *En este capítulo se estudian las fortalezas y debilidades del sistema de salud en México. El análisis en las primeras cuatro secciones se estructura alrededor de cuatro objetivos clave de los sistemas de salud en los países de la OCDE: lograr acceso equitativo a (y cobertura de) los servicios de salud; garantizar servicios de calidad y trato adecuado en función de las necesidades de los pacientes; implantar una prestación de servicios eficiente en función de su costo; y, mantener la sustentabilidad financiera del sistema. Bajo cada apartado, el texto describe los problemas clave, analiza las posibles razones para los resultados que se obtienen y describe algunas de las políticas que las autoridades han puesto en marcha para mejorar el desempeño. En la sección final se estudian las implicaciones del sistema actual en su gobernabilidad y se describe el enfoque de largo plazo que sostienen las autoridades para reducir la segmentación actual del aseguramiento y prestación de servicios de salud.*

En este capítulo se estudia en qué medida el sistema de salud en México cumple los cuatro objetivos generales destacados en la introducción: lograr acceso equitativo (cobertura) a los servicios de salud; garantizar servicios efectivos y de calidad y trato adecuado de acuerdo con las necesidades de los pacientes; implantar una prestación de servicios en función de su costo-efectividad; y, mantener la sustentabilidad financiera del sistema. Todos los sistemas tienen fortalezas y debilidades. En el caso de México, el sistema de salud parece lograr prestar una variedad considerable de servicios a pesar de contar con un presupuesto público en términos relativos modesto. El sistema ha logrado un alto nivel de éxito en algunos renglones de prevención y grandes mejorías en las condiciones de salud de la población. También ha dado grandes pasos durante las últimas décadas en la reducción de la mortalidad prematura, en especial entre los niños. Sin embargo, parecen observarse debilidades importantes en los demás ámbitos aunque, como sucede en la mayoría de los países, existen limitaciones en los datos de que se dispone para evaluarlas, en especial en relación con los temas *microeconómicos* referentes a la calidad, la capacidad de respuesta o trato adecuado, y la eficiencia.

2.1 Acceso a los servicios de salud

A diferencia de la mayoría de los países de la OCDE, México sigue enfrentando importantes problemas de acceso a los servicios de salud. En efecto, este es tal vez el reto de mayor envergadura que enfrentan las autoridades, además del relacionado con lograr la capacidad de financiamiento que se requiere para resolver el problema. Si se pretenden lograr mejorías adicionales en las condiciones de salud parecería esencial contar con un mejor acceso a los servicios. En este apartado se consideran dos aspectos del acceso equitativo. El primero se relaciona con la posibilidad de que los pacientes tengan acceso a servicios de salud cuando los necesitan. El segundo, se refiere a la posibilidad de que aquellos con acceso a los servicios tengan la capacidad de pagar la atención que requieren.

2.1.1 Desigualdades en la distribución de los servicios de salud

La proporción de la población con acceso limitado a los servicios de salud es más significativa en las zonas rurales, aunque las estructuras en las zonas urbanas de bajos ingresos no siempre se adaptan a las necesidades. En un estudio realizado a finales de la década de 1990 se encontró que 17 millones de personas vivían en zonas rurales donde no se contaba con una unidad de servicios de salud (Hernández-Ávila et al., 2001). Además, muchos mexicanos no tienen la posibilidad de acceder a los servicios de salud que requieren incluso cuando existen. Hernández-Ávila y colaboradores encontraron que 97 por ciento de la población vivía a 50 kilómetros de una unidad de servicios de salud de segundo nivel, pero que acceder a ellos a menudo resulta difícil en los casos en los que los medios de transporte son deficientes o caros, y los pacientes son demasiado pobres para pagarlos. Las tasas de atención de partos por parte de personal médico son muy heterogéneas, de manera que

cerca de la mitad de los estados alcanza una cobertura de 90 por ciento contra menos de 60 por ciento para las entidades restantes (CMMS, 2004). Los problemas de acceso a los servicios también son más pronunciados para la población no asegurada, pues ésta vive en zonas rurales donde la atención es otorgada, en su mayoría, por los SESA o los servicios que presta el programa IMSS-Oportunidades, que tienen financiamiento menos generoso que aquél con el que cuenta el sistema de seguridad social (Cuadro 1.5). Los servicios de nivel más alto (es decir, de mayor complejidad o alta especialidad) también están mal distribuidos en el país. Un estudio reciente sobre la capacidad existente indicó que 54 por ciento de la infraestructura se ubica en la Ciudad de México, y en algunos estados ni siquiera existen hospitales de tercer nivel.¹ Sin embargo, las restricciones económicas podrían hacer estos problemas más difíciles de resolver, pues los costos unitarios de atender las zonas rurales pueden exceder los que se generan en las zonas urbanas, como reflejo de la dispersión de la población.²

Los problemas de acceso también se relacionan con la distribución de recursos para servicios de salud entre los estados. Las personas que viven en los estados más ricos del norte del país reciben una atención mucho mejor que quienes habitan en el centro y el sur del país. El número de médicos per cápita difiere por un factor de 3 entre los estados en mejor situación y los que están en peores términos; en un factor de 4 para las camas de hospital y en un factor de más de 5 para el gasto por persona de la población no asegurada (Cuadro 2.1) (Secretaría de Salud, 2003). Las diferencias interestatales también muestran una importante correlación inversa con el grado de marginación —una medida general de la exclusión social y económica— y con medidas de las condiciones de salud de la población, lo que indica que los recursos no siempre se canalizan hacia donde podrían tener el mayor impacto sobre los resultados (Lozano *et al.*, 2001; Zurita *et al.*, 2003)³ (Cuadro 2.2).

2.1.2 Desigualdades en el acceso al aseguramiento y financiamiento en salud

Como se destacó en el Capítulo 1, México se encuentra entre los países de la OCDE con el grado más bajo de cobertura formal de aseguramiento público de salud. De acuerdo con estimaciones oficiales, alrededor de 51 por ciento de la población tiene cobertura de la seguridad social (Recuadro 1.2). En contraste, 95 por ciento de la población de otros países de la Organización cuenta con algún tipo de seguro de gastos médicos. Sólo 45 por ciento del gasto total en salud es público (en comparación con más de 70 por ciento para el promedio de la OCDE) y casi todo el gasto privado restante es gasto de bolsillo (Cuadro 2.3).

El alcance de la cobertura de aseguramiento público en México está altamente vinculado con el ingreso: alrededor de 12 por ciento de la población en el quintil más bajo del ingreso está asegurada, en comparación con más de 60 por ciento en el quintil más alto (Knaul *et al.*, 2003; Banco Mundial, 2004b) y esta diferencia se amplió durante la segunda mitad de la década de 1990 (CISS, 2003).⁴ Cuando se combina lo anterior con niveles altos de gasto directo o de bolsillo en servicios de salud se refleja en el alto gasto catastrófico y empobrecedor de los quintiles de ingreso más bajos (Gráfica 2.1 y Recuadro 2.1).⁵

Las diferencias en la cobertura formal de aseguramiento también se hacen evidentes entre estados y fluctúan entre 27 por ciento de los hogares en Chiapas hasta 79 por ciento en Coahuila (Gráfica 2.2). Este indicador se correlaciona de forma negativa con el grado de gasto catastrófico, los ingresos per cápita por estado y con los indicadores de condiciones de salud como la mortalidad infantil y materna⁶ (Gráficas 2.2 y 2.3 y Cuadro 2.3).⁷

Cuadro 2.1 Recursos para salud por estado

| | (por 1 000 habitantes) | | | | | | (per cápita) | |
|---------------------|------------------------|-------------|--|------------------------|----------------------|---|--|--|
| | Médicos | Total camas | Camas de hospitalización de casos agudos | Personal de enfermería | Unidades quirúrgicas | Gasto en salud (población asegurada) ¹ | Gasto en salud (población no asegurada) ² | |
| Aguascalientes | 1.7 | 1.3 | 0.8 | 2.4 | 2.6 | 1 879 | 1 737 | |
| Baja California | 1.0 | 0.8 | 0.5 | 1.5 | 2.9 | 1 917 | 686 | |
| Baja California Sur | 2.2 | 1.7 | 1.0 | 2.9 | 4.0 | 2 983 | 2 267 | |
| Campeche | 1.7 | 1.6 | 0.8 | 2.2 | 3.0 | 2 600 | 1 505 | |
| Coahuila | 1.5 | 1.4 | 0.9 | 2.3 | 2.7 | 2 015 | 1 331 | |
| Colima | 1.8 | 1.8 | 0.8 | 2.5 | 1.9 | 2 134 | 1 560 | |
| Chiapas | 0.8 | 0.9 | 0.4 | 1.2 | 2.7 | 1 490 | 554 | |
| Chihuahua | 1.1 | 1.2 | 0.7 | 1.7 | 2.5 | 1 792 | 920 | |
| Distrito Federal | 3.0 | 2.3 | 1.7 | 4.6 | 4.2 | 5 236 | 1 459 | |
| Durango | 1.5 | 1.8 | 0.8 | 2.1 | 2.2 | 1 704 | 1 113 | |
| Guanajuato | 0.9 | 0.9 | 0.5 | 1.3 | 2.1 | 1 673 | 545 | |
| Guerrero | 1.1 | 1.2 | 0.4 | 1.3 | 1.9 | 1 733 | 713 | |
| Hidalgo | 1.1 | 1.5 | 0.5 | 1.6 | 1.8 | 1 629 | 700 | |
| Jalisco | 1.4 | 1.5 | 0.9 | 1.9 | 3.0 | 1 922 | 1 178 | |
| México | 0.7 | 0.7 | 0.4 | 1.0 | 1.8 | 926 | 533 | |
| Michoacán | 1.0 | 1.2 | 0.5 | 1.3 | 2.8 | 1 549 | 436 | |
| Morelos | 1.2 | 0.8 | 0.5 | 1.7 | 2.0 | 1 940 | 670 | |
| Nayarit | 1.6 | 1.5 | 0.6 | 2.0 | 2.5 | 2 123 | 990 | |
| Nuevo León | 1.3 | 1.2 | 0.8 | 2.0 | 1.9 | 2 167 | 1 079 | |
| Oaxaca | 1.0 | 1.1 | 0.4 | 1.3 | 2.3 | 1 328 | 614 | |
| Puebla | 0.9 | 1.1 | 0.5 | 1.2 | 2.7 | 1 867 | 398 | |
| Querétaro | 1.2 | 1.1 | 0.5 | 1.7 | 1.5 | 1 507 | 980 | |
| Quintana Roo | 1.3 | 0.9 | 0.5 | 1.5 | 2.1 | 1 977 | 1 318 | |
| San Luis Potosí | 1.1 | 1.2 | 0.6 | 1.6 | 1.9 | 1 616 | 741 | |

Cuadro 2.1 Recursos para salud por estado (cont.)

| | (por 1 000 habitantes) | | | | | | (per cápita) | |
|-----------------|------------------------|-------------|--|------------------------|----------------------|---|--|--|
| | Médicos | Total camas | Camas de hospitalización de casos agudos | Personal de enfermería | Unidades quirúrgicas | Gasto en salud (población asegurada) ¹ | Gasto en salud (población no asegurada) ² | |
| Sinaloa | 1.3 | 1.3 | 0.7 | 1.8 | 3.5 | 1 764 | 981 | |
| Sonora | 1.4 | 1.5 | 0.9 | 2.1 | 3.7 | 1 945 | 1 746 | |
| Tabasco | 1.5 | 1.4 | 0.6 | 1.9 | 2.1 | 2 258 | 1 598 | |
| Tamaulipas | 1.5 | 1.4 | 0.8 | 2.1 | 2.8 | 2 000 | 1 098 | |
| Tlaxcala | 1.3 | 1.2 | 0.5 | 1.6 | 2.1 | 1 604 | 803 | |
| Veracruz | 1.2 | 1.1 | 0.6 | 1.5 | 3.1 | 2 208 | 641 | |
| Yucatán | 1.4 | 1.4 | 0.8 | 2.1 | 2.6 | 2 396 | 942 | |
| Zacatecas | 1.2 | 1.3 | 0.5 | 1.6 | 2.8 | 1 646 | 627 | |
| Nacional | 1.3 | 1.2 | 0.7 | 1.8 | 2.7 | 2 128 | 1 139 | |

Notas:

1 Incluye IMSS, ISSSTE y PEMEX.

2 Incluye Ramo 12, Ramo 33 y Gasto Estatal en Salud en 2002.

Fuentes:

Secretaría de Salud (2004a) Boletín de Información Estadística, 2002 (última versión revisada al mes de octubre de 2004).
Secretaría de Salud (2004c) Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas, 2a. edición.

Cuadro 2.2 Recursos para salud, cobertura de seguridad social e indicadores de salud por estado: correlaciones

| Coeficientes de correlación | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------|--|----------------------------|---|--|-----------------------|---------------------------------|--|
| | Gasto público en salud per cápita | Médicos por 1 000 habitantes | Camas hospitalarias por 1 000 habitantes (camas totales) | Cobertura de aseguramiento | Tasa de mortalidad infantil por 1 000 nacidos vivos | Tasa de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos | Índice de marginación | Ingreso per cápita (US\$, 2000) | |
| Gasto público en salud per cápita | 1.00 | | | | | | | | |
| Médicos por 1 000 habitantes | 0.95 | 1.00 | | | | | | | |
| Camas hospitalarias por 1 000 habitantes (camas totales) | 0.79 | 0.87 | 1.00 | | | | | | |
| Cobertura de aseguramiento | 0.58 | 0.44 | 0.33 | 1.00 | | | | | |
| Tasa de mortalidad infantil por 1 000 nacidos vivos | -0.53 | -0.45 | -0.27 | -0.89 | 1.00 | | | | |
| Tasa de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos | -0.33 | -0.27 | -0.27 | -0.60 | 0.66 | 1.00 | | | |
| Índice de marginación | -0.52 | -0.44 | -0.27 | -0.87 | 1.00 | 0.67 | 1.00 | | |
| Ingreso per cápita (US \$, 2000) | 0.75 | 0.61 | 0.38 | 0.73 | -0.72 | -0.40 | -0.69 | 1.00 | |

Fuentes:

Gasto público en salud y cobertura de aseguramiento: Secretaría de Salud (2004a) *Boletín de Información Estadística, 2002* (Vol. I Recursos y Servicios y Vol. IV Recursos Financieros).
Médicos y camas hospitalarias por 1 000: Secretaría de salud (2004c) *Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas, 2a. edición.*
Tasa de mortalidad infantil: CONAPO (2004) *Proyecciones de la Población de México, 2000-2050.*
Tasa de mortalidad materna: basada en INEGI (2004) *Estadísticas de Mortalidad 2002* y en estimaciones de nacidos vivos de CONAPO (2004) *Proyecciones de la población de México 2000-2050.*
Índice de marginación: CONAPO (2004) *Índices de marginación 2000.*
Ingreso per cápita: cálculos basados en el PIB por estado: INEGI (2004) *Sistema de Cuentas Nacionales 2000 y CONAPO (2004) Índices de marginación 2000*, basados en INEGI (2000) XII Censo General de Población y Vivienda 2000, para población por estado. En US\$, 9.46 pesos mexicanos /US \$ (2000).

Cuadro 2.3 Cobertura de aseguramiento en salud y proporción de gasto de bolsillo (GB) en países de la OCDE, principios de la década del 2000

| | Cobertura de la seguridad social (% de la población total) | Gasto de bolsillo (% del gasto total en salud) |
|---|---|---|
| Alemania | 90.1 | 10.4 |
| Australia | 100.0 | 19.3 |
| Austria | 97.0 | 17.5 |
| Bélgica | 99.0 | n.d. |
| Canadá | 100.0 | 15.2 |
| Corea | 100.0 | 37.3 |
| Dinamarca | 100.0 | 15.3 |
| España | 99.8 | 23.6 |
| Estados Unidos | 25.3 | 14.0 |
| Finlandia | 100.0 | 20.0 |
| Francia | 99.9 | 9.8 |
| Grecia | 100.0 | n.d. |
| Hungría | 100.0 | 26.3 |
| Irlanda | 100.0 | 13.2 |
| Islandia | 100.0 | 16.0 |
| Italia | 100.0 | 20.3 |
| Japón | 100.0 | 16.5 |
| Luxemburgo | 99.6 | 11.9 |
| México | 50.9 | 52.1 |
| Noruega | 100.0 | 14.2 |
| Nueva Zelanda | 100.0 | 16.1 |
| Países Bajos | 75.7 | 10.1 |
| Polonia | n.d. | 27.6 |
| Portugal | 100.0 | n.d. |
| Reino Unido ¹ | 100.0 | 11.0 |
| República Checa | 100.0 | 8.6 |
| República Eslovaca | 97.3 | 10.9 |
| Suecia | 100.0 | n.d. |
| Suiza | 100.0 | 31.5 |
| Turquía | 66.0 | 27.6 |
| <i>Promedio</i> ² | 94.6 | 17.8 |
| <i>Desviación Estándar</i> ² | 15.7 | 7.5 |

n.d.: no disponible

Notas:

¹ La cifra de Reino Unido para gasto de bolsillo corresponde al año 1996. Las cifras de España y Turquía para cobertura en salud corresponden a 1997.

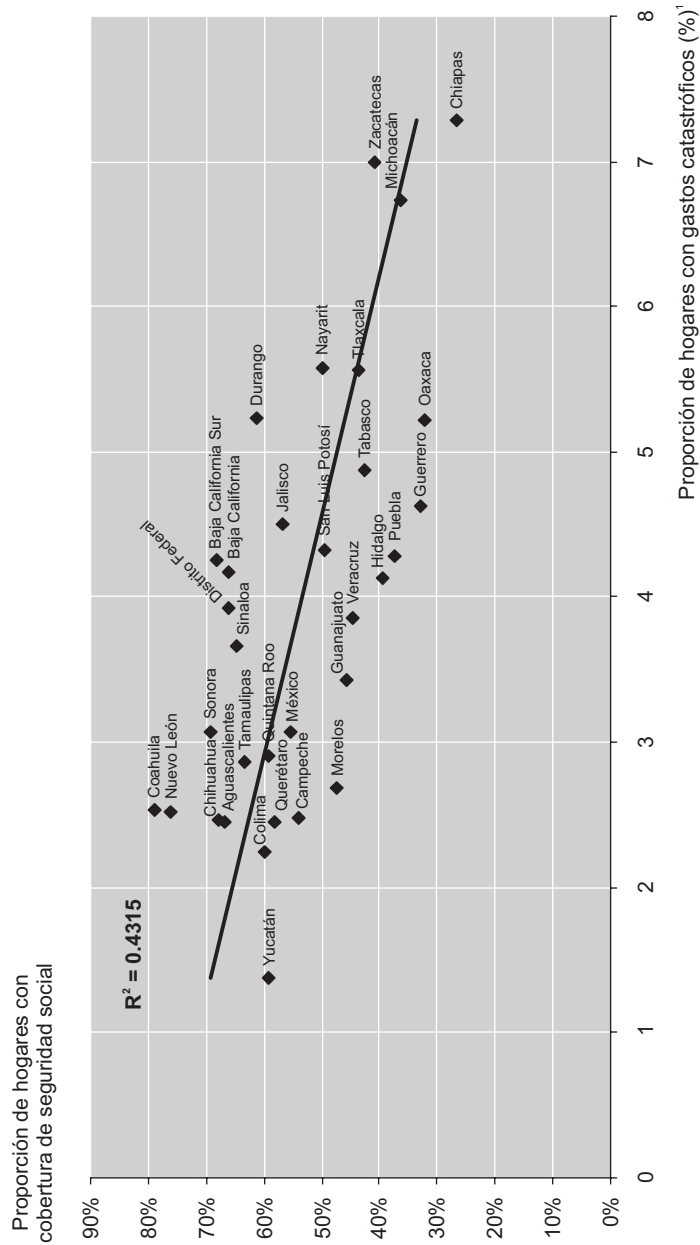
² El promedio y la desviación estándar excluyen a México.

Fuente:

OECD (2004c) OECD Health Data 2004, 2a. edición.

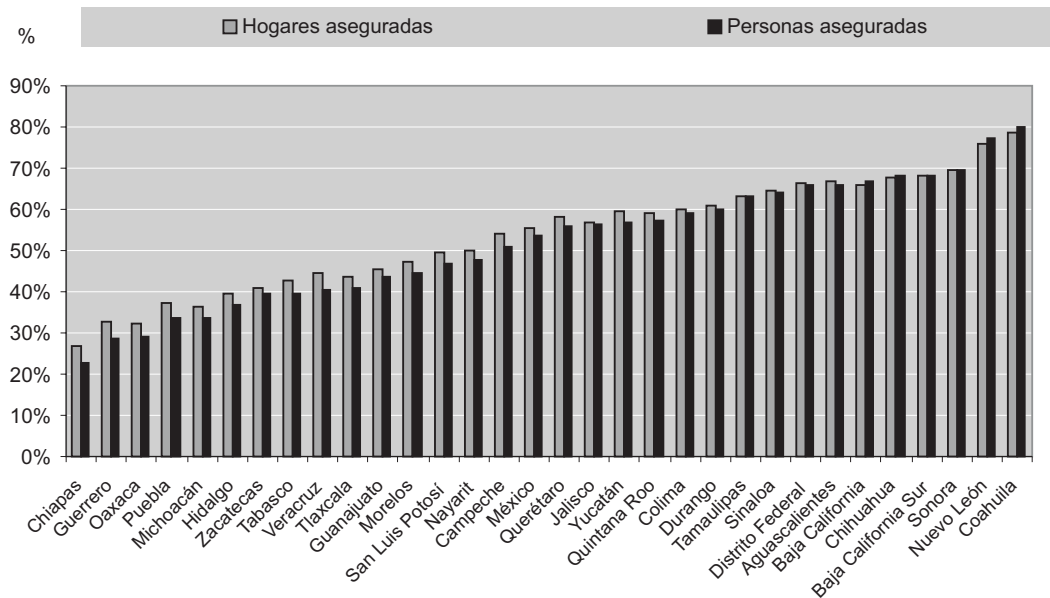
La cifra de México para cobertura proviene de la Secretaría de Salud (2004a) Boletín de Información Estadística, Núm. 22, 2002. Última versión revisada al mes de octubre de 2004.

Gráfica 2.1 Proporción de hogares con gastos catastróficos en salud y cobertura de seguridad social por estado



Notas:
¹ Hogares que gastan más de 30% de su ingreso disponible (ingreso total menos necesidades básicas) en servicios de salud.
 Fuentes:
 Secretaría de Salud (2004c) Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas, 2a. edición. Secretaría de Salud (2004b) Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) 2002. <http://evaluacion.salud.gob.mx/ened2002/presentacion.htm>
 Hogares asegurados: muestra de INEGI (2000) XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Gráfica 2.2 **Cobertura de la seguridad social por estado: personas y hogares, 2003**



Notas:

Población: estimaciones basadas en INEGI (2004) XII Censo General de Población y Vivienda.

El número de hogares fue calculado usando el tamaño promedio de hogares y la población estimada.

Fuente:

INEGI (2000) XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Secretaría de Salud (2004a) Boletín de Información Estadística, Secretaría de Salud 2002 (última versión revisada al mes octubre de 2004).

Recuadro 2.1 Aspectos de desigualdad en el aseguramiento médico

El alto nivel de gasto privado en servicios de salud se refleja en una proporción significativa de la población que enfrenta gastos catastróficos y empobrecedores en este renglón durante un periodo dado (Sesma-Vázquez, S. et al., 2004). Debido a que el grado de cobertura del aseguramiento está vinculado en sentido positivo con el ingreso, los grupos de menores ingresos tienden a ser los que más sufren. En el cuadro de la página 86, con base en encuestas recientes de gastos de los hogares, se muestra la proporción de la población —por quintil y por cobertura de seguridad social—, que enfrenta gastos catastróficos y gastos empobrecedores en servicios de salud. El gasto catastrófico se define como el gasto de bolsillo en salud que supera 30 por ciento del ingreso disponible de la familia (es decir, neto de bienes y servicios esenciales y de impuestos relacionados con la salud). Sin embargo, este hecho no logra tomar en cuenta las diferencias absolutas en niveles de ingreso entre quintiles —el gasto catastrófico puede ser más fácil de financiar entre los grupos de mayores ingresos que en los de ingresos más bajos. El gasto empobrecedor en salud se presenta cuando las erogaciones relacionadas con este rubro llevan a la familia a niveles inferiores del umbral de pobreza, y toma en cuenta de mejor manera la capacidad de éstas para financiar el gasto. Sin embargo, ambas medidas quizá subestiman el impacto en el acceso a los servicios de los grupos de menores ingresos, debido a que los muy pobres no tienen el dinero disponible para los tratamientos y, por ende, renuncian por completo al gasto en estos servicios.

Recuadro 2.1 Aspectos de desigualdad en el aseguramiento médico (cont.)

Los resultados de encuestas indican que apenas poco menos de 20 por ciento de los hogares en el quintil inferior o primer quintil enfrenta gastos catastróficos y empobrecedores, cifra que se reduce a menos de 3 por ciento en el decil más alto. La gran proporción de hogares en el primer quintil que enfrentan gastos empobrecedores refleja el impacto del gasto en salud en la pobreza en niveles de ingreso más bajos. Esto se relaciona con el grado de cobertura del aseguramiento, pues la proporción de hogares que enfrentan gastos empobrecedores y catastróficos es de sólo 2.2 por ciento entre quienes cuentan con seguro social, pero apenas inferior a 10 por ciento para la población no asegurada.

Proporción de la población que enfrenta gastos catastróficos y empobrecedores en salud por quintil y condición de aseguramiento médico

| Quintiles de ingreso/condición de aseguramiento médico | Por quintil | | | | | Por situación de aseguramiento | | |
|---|-------------|------|------|------|------|--------------------------------|---------------|-------|
| | I | II | III | IV | V | Asegurados | No asegurados | Total |
| Hogares que enfrentan gastos catastróficos | 4.7 | 4.2 | 2.4 | 2.8 | 2.9 | 1.2 | 5.1 | 3.4 |
| Hogares que enfrentan gastos empobrecedores | 19.1 | 0.3 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1.0 | 6.0 | 3.8 |
| Gasto catastrófico y empobrecedor | 19.3 | 4.2 | 2.4 | 2.8 | 2.9 | 2.2 | 9.6 | 6.3 |
| Proporción de hogares asegurados por la seguridad social (SS) | 10.8 | 36.5 | 50.8 | 58.3 | 61.7 | .. | .. | .. |

Fuente: Secretaría de Salud, 2004c, se citan datos de FUNSALUD con base en la ENIGH. La proporción de hogares asegurados se tomó de Knaul et al. (2003).

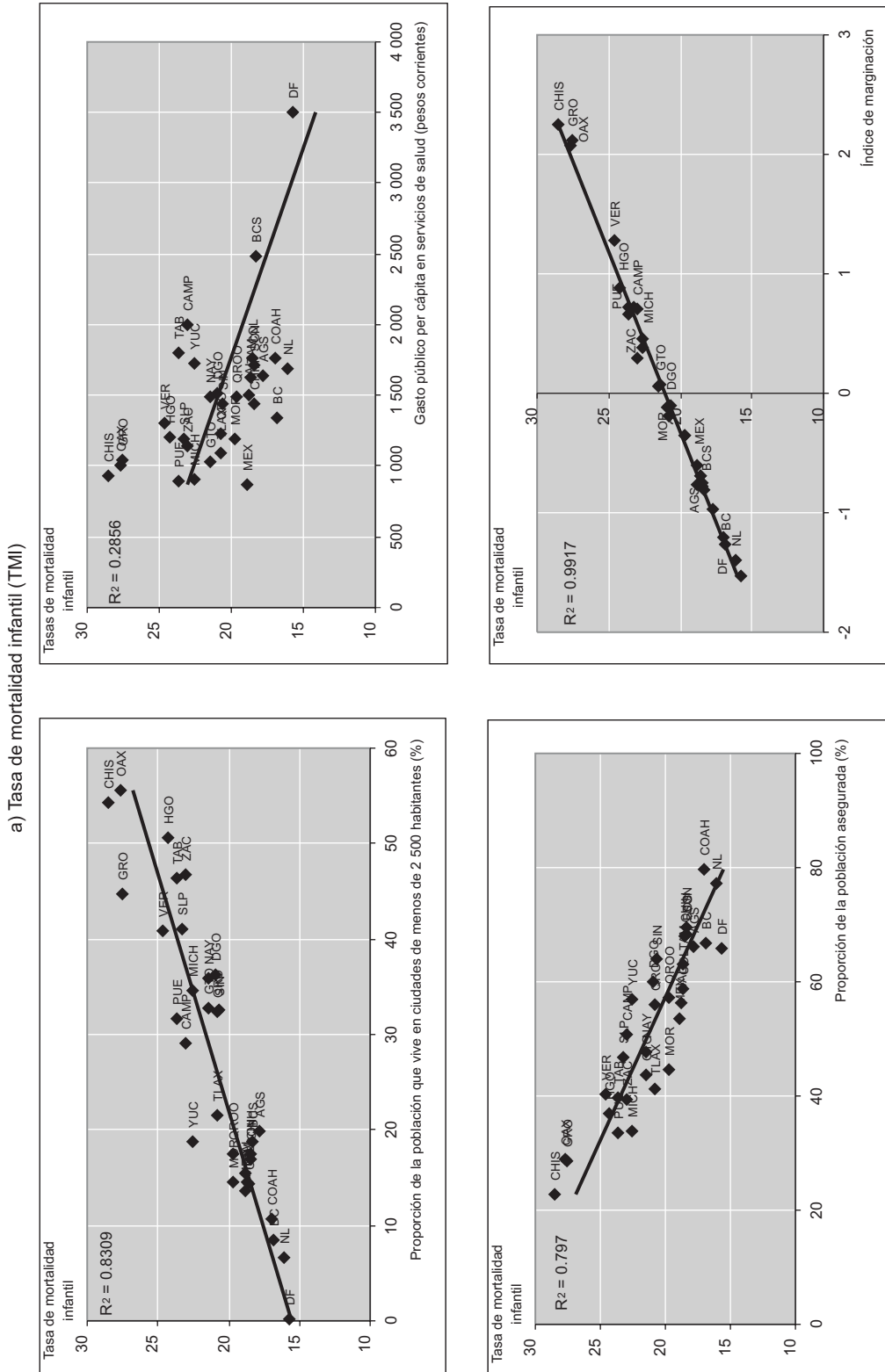
2.1.3 Desigualdades en el uso de servicios de salud

Un objetivo de política clave en todos los países de la OCDE se centra en lograr acceso a los servicios de salud sobre la base de necesidades y no del ingreso u otras características individuales, sociales o geográficas. En un estudio realizado en 21 países de la OCDE, México destaca como una de las pocas naciones donde las personas más ricas registran un mayor consumo de servicios que las pobres, tanto para visitas médicas, hospitalizaciones/admisiones en hospitales y duración de la estancia hospitalaria, incluso después de realizar ajustes por nivel de necesidad (Van Doorslaer et al., 2004).⁸ El empleo de recursos de salud también es muy desigual entre estados (véase más adelante), aunque esto puede ser reflejo tanto de factores de oferta como de demanda.

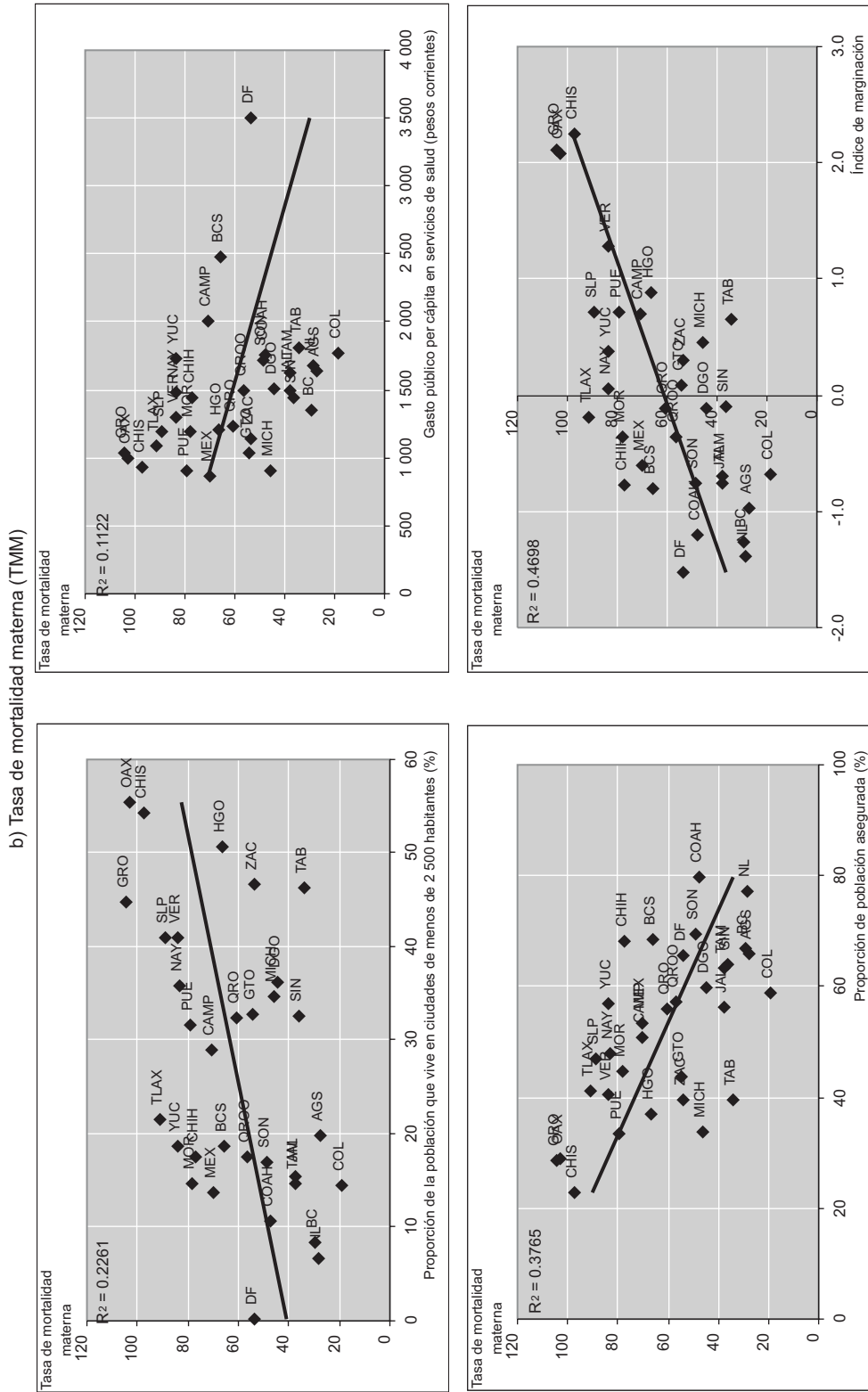
2.2 La calidad y eficacia del sistema de salud en México y su capacidad de respuesta y trato adecuado ante las necesidades de los pacientes

Existe una preocupación extendida acerca de la calidad de los servicios de salud en México y los temas de calidad de la atención y satisfacción de los pacientes han recibido

Gráfica 2.3 Indicadores de condiciones de salud y su relación con indicadores socioeconómicos seleccionados



Gráfica 2.3 Indicadores de condiciones de salud y su relación con indicadores socioeconómicos seleccionados (cont.)



Notas:
 No todos los nombres de los estados fueron incluidos en la gráfica Tasa de mortalidad infantil versus Índice de marginación por problemas de visibilidad.
 Las tasas de mortalidad infantil y materna están expresadas por 1 000 y 100 000 nacidos vivos, respectivamente.

Fuentes:
 Tasa de mortalidad infantil: CONAPO (2004) Proyecciones de la Población de México, 2000-2050.
 Tasa de mortalidad materna: INEGI (2004) basado en CONAPO (2004) Proyecciones de la Población de México, 2000-2050.
 Índice de marginación: CONAPO (2004) estimación basada en INEGI (2000) XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.
 Gasto público per cápita y la proporción de la población asegurada: Secretaría de Salud (2004a) Boletín de Información Estadística, 2002.

una prioridad central por parte de las autoridades mexicanas (Secretaría de Salud, 2001b). Estas dificultades no se relacionan simplemente con la calidad de los servicios *per se*—como los casos en los que los pacientes reciben malos tratos o se presentan casos de negligencia o errores médicos— sino también con el hecho de que los hospitales y clínicas a menudo carecen del personal calificado y el material necesario para prestar los servicios y tratar a sus pacientes con eficacia. Así, juzgar la calidad y el trato adecuado en forma independiente del nivel de financiamiento y la oferta general de servicios de salud es una tarea en particular difícil en el caso de México. En esta sección se analizan en primer término las condiciones de salud, los factores de riesgo subyacentes y los indicadores subjetivos en este renglón. Después, se analiza la información sobre calidad y algunos de los programas que influyen en los resultados en este rubro de política.

2.2.1 Condiciones, factores subjetivos y riesgos para la salud

Condiciones de salud

Las condiciones de salud son resultado de una amplia variedad de factores, además de la calidad y la eficacia de la atención, como son el ingreso, la educación, la alimentación y el medio ambiente, los cuales, son todos determinantes importantes. Sin embargo, los indicadores sobre las condiciones de salud proporcionan evidencia sobre los rezagos y diferencias más importantes en relación con otros países de la OCDE y dan señales acerca de cómo pueden mejorarse los resultados en este renglón de forma más eficaz.

Como se destacó en el Capítulo 1, la población mexicana, al nacer, tiene una esperanza de vida de 2 a 3 años menor que los promedios de la OCDE para hombres y mujeres, y de cerca de 7 años menos que el país de la Organización con el mejor desempeño (Japón para las mujeres e Islandia para los hombres) (Cuadro 2.4). Sin embargo, debido a que la expectativa de vida a los 60 años de edad es sólo un año menor que el promedio de la OCDE, la mayor parte de la diferencia en la expectativa de vida al nacimiento entre México y el resto de los miembros de la Organización surge de la mortalidad prematura.

A pesar de que en México se observa un cambio continuo hacia patrones de países más desarrollados de la OCDE, si se le compara con la mayoría de los demás miembros de la Organización, conserva una estructura de mortalidad muy diferente (Gráfica 2.4). Las muertes por enfermedades infantiles e infecciosas son en comparación numerosas, junto con las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Las muertes que suceden por causas externas (como los suicidios y los accidentes) también son elevadas. Cabe apuntar aquí que la violencia se considera un problema importante de salud pública (Soberón *et al.*, 2003). La mortalidad infantil se ubicó en casi 20 muertes por cada 1 000 nacidos vivos,⁹ más de cuatro veces mayor que el promedio de los países más desarrollados de la Organización y mayor de lo que podría esperarse cuando se le compara con una gama de países más amplia.^{10,11} La mortalidad materna asciende a 76 por cada 100 000 nacidos vivos, lo que resulta más de nueve veces mayor que el promedio de la OCDE.

No obstante, México ha logrado dar pasos importantes para mejorar la situación de salud. La proporción de muertes como resultado de enfermedades contagiosas y problemas prenatales, nutricionales y reproductivos se redujeron a 14 por ciento en 2000, en comparación con más de 60 por ciento en 1960. Para 2000, la proporción de muertes por enfermedades no contagiosas se había elevado a 73.3 por ciento, mientras que las lesiones

Cuadro 2.4 **Indicadores de condiciones de salud en países de la OCDE, principios de la década del 2000**

| | Expectativa de vida: mujeres (años) | | Expectativa de vida: hombres (años) | | Tasa de mortalidad infantil ¹ | Tasa de mortalidad materna ¹ |
|---|-------------------------------------|-------------|-------------------------------------|-------------|--|---|
| | al nacer | a los 60 | al nacer | a los 60 | | |
| Alemania | 81.3 | 23.9 | 75.6 | 19.8 | 4.3 | 2.9 |
| Australia | 82.6 | 25.2 | 77.4 | 21.4 | 5.0 | 4.8 |
| Austria | 81.7 | 24.1 | 75.8 | 20.2 | 4.1 | 2.6 |
| Bélgica | 81.1 | 23.9 | 75.1 | 19.6 | 6.1 | 8.6 |
| Canadá | 82.2 | 24.9 | 77.1 | 21.0 | 5.2 | 7.8 |
| Corea | 80.0 | 22.8 | 72.8 | 18.1 | 6.2 | 15.0 |
| Dinamarca | 79.5 | 22.4 | 74.8 | 19.1 | 4.4 | 13.6 |
| España | 83.1 | 24.9 | 75.7 | 20.3 | 3.4 | 4.2 |
| Estados Unidos | 79.8 | 23.4 | 74.4 | 20.1 | 6.8 | 9.9 |
| Finlandia | 81.5 | 24.0 | 74.9 | 19.5 | 3.0 | 5.4 |
| Francia | 83.0 | 25.8 | 75.8 | 20.8 | 4.1 | 6.5 |
| Grecia | 80.6 | 23.1 | 75.5 | 20.1 | 5.9 | 6.0 |
| Hungría | 76.7 | 20.9 | 68.4 | 16.1 | 7.2 | 8.3 |
| Irlanda | 80.3 | 22.9 | 75.2 | 19.2 | 5.1 | 11.6 |
| Islandia | 82.3 | 24.4 | 78.5 | 21.8 | 2.2 | 0 |
| Italia | 82.9 | 24.8 | 76.8 | 20.4 | 4.7 | 2.7 |
| Japón | 85.2 | 27.4 | 78.3 | 21.9 | 3.0 | 7.3 |
| Luxemburgo | 81.5 | 24.2 | 74.9 | 19.6 | 5.8 | 18.6 |
| México | 77.4 | 22.4 | 72.4 | 20.5 | 20.5 | 65.2 |
| Noruega | 81.5 | 24.0 | 76.4 | 20.2 | 3.9 | 5.3 |
| Nueva Zelanda | 80.9 | 23.9 | 76.0 | 20.3 | 6.3 | 8.8 |
| Países Bajos | 80.7 | 23.5 | 76.0 | 19.5 | 5.0 | 9.9 |
| Polonia | 78.7 | 22.0 | 70.4 | 17.1 | 7.5 | 5.4 |
| Portugal | 80.5 | 23.3 | 73.8 | 19.4 | 5.0 | 2.5 |
| Reino Unido | 80.4 | 23.0 | 75.7 | 19.4 | 5.3 | 6.0 |
| República Checa | 78.7 | 21.5 | 72.1 | 17.3 | 4.2 | 3.2 |
| República Eslovaca | 77.8 | 21.0 | 69.9 | 16.4 | 7.6 | 7.9 |
| Suecia | 82.1 | 24.3 | 77.7 | 20.9 | 2.8 | 4.4 |
| Suiza | 83.0 | 25.3 | 77.8 | 21.4 | 4.5 | 6.4 |
| Turquía | 70.9 | 18.1 | 66.2 | 16.0 | 42.6 | 49.2 |
| <i>Promedio</i> ² | 80.7 | 23.5 | 74.8 | 19.5 | 6.2 | 8.4 |
| <i>Desviación Estándar</i> ² | 2.6 | 1.8 | 2.9 | 1.6 | 7.1 | 8.8 |

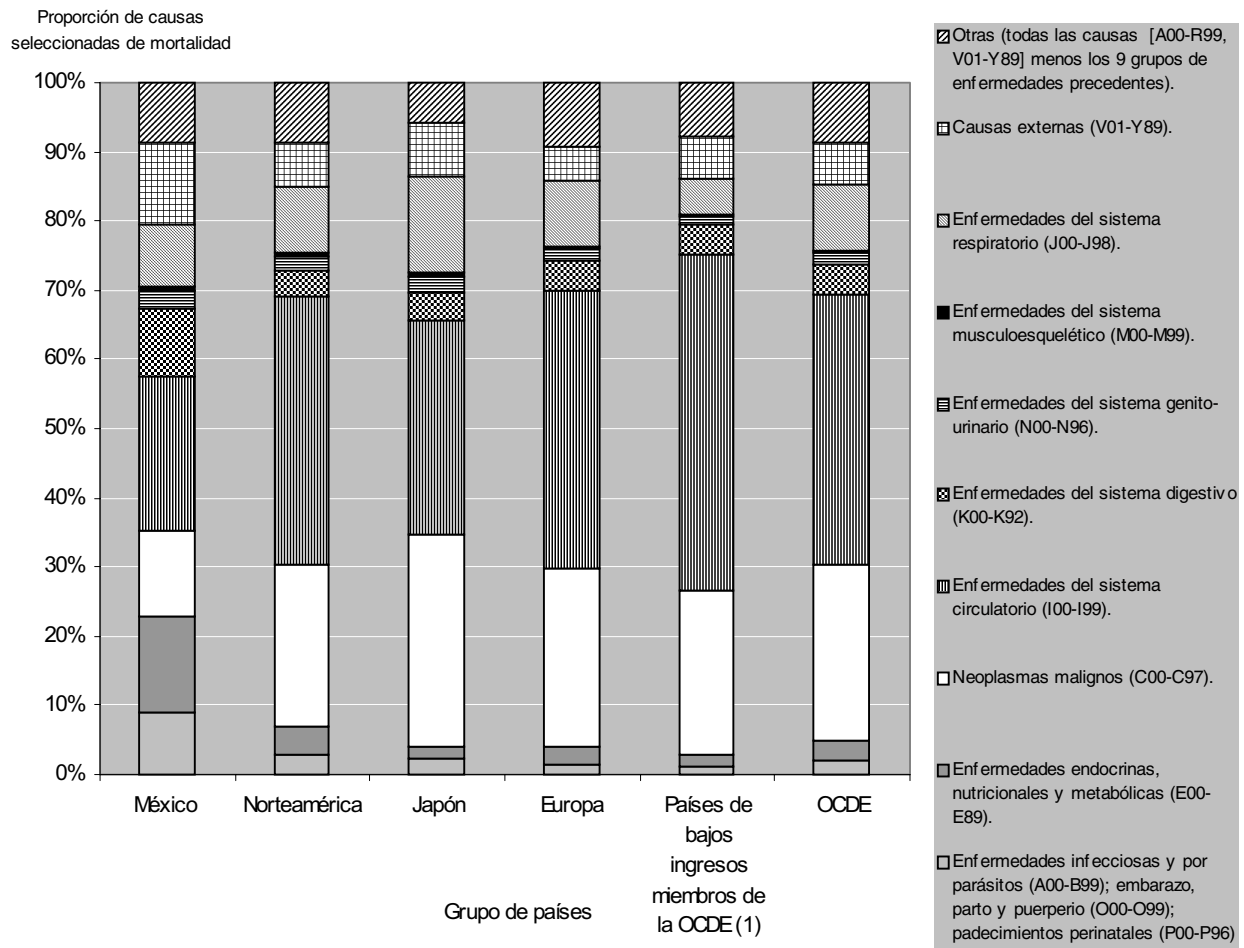
Notas:

¹ Las tasas de mortalidad infantil y materna se expresan por cada 1 000 y 100 000 nacidos vivos, respectivamente.² El promedio y la desviación estándar no incluyen a México.

Fuentes:

OECD (2004c) OECD Health Data 2004, 2a. edición. Secretaría de Salud (2004c) Salud: México 2003. CONAPO (2004) Proyecciones de la Población de México, 2000-2050.

Gráfica 2.4 **Causas de mortalidad: México y países seleccionados de la OCDE, principios de la década del 2000**



Notas:

¹ Incluye Rep. Checa, Grecia, Hungría, Polonia, Portugal y Rep. Eslovaca.

Datos corresponden a principios de 2000 excepto por Bélgica (1997); Dinamarca, Francia, Grecia y Reino Unido (1999).

Causas de mortalidad catalogadas por la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE - 10.

Fuentes:

OECD (2004c) *OECD Health Data 2004*, 2a. edición.

Cifras de México: Secretaría de Salud (2004e) *SINAIS Estadísticas de Mortalidad*, 2001.

continuaron en un intervalo de alrededor de 12.7 por ciento (Secretaría de Salud, 2001a). Los patrones de mortalidad de bebés y niños presentan más evidencias de esta transición: las tasas de mortalidad infantil (menores de un año de edad) y de niños menores de cinco años de edad han seguido bajando (Gráfica 2.5). En la actualidad, las muertes en hospitales de niños menores de un año de edad se concentran cada vez más en un lapso de 28 días posteriores al nacimiento y se relacionan con enfermedades no infecciosas, muchas de las cuales requieren cuidados de alta tecnología para su tratamiento (Secretaría de Salud, 2003). Esto contrasta con patrones anteriores en los que las muertes infantiles eran en gran medida resultado de problemas respiratorios y diarrea, enfermedades que se asocian con la pobreza. Desde 1990, el número de muertes de niños menores de cinco años de edad debidas a la diarrea se ha reducido en 85 por ciento, con un decremento similar para las muertes ocasionadas por problemas respiratorios (Gráfica 2.5).

Las condiciones de salud tienen una dimensión regional clara y esto, a su vez, está vinculado con la situación socioeconómica y el grado de marginación (López-Ríos, 1997; Zurita *et al.*, 2003). Con la posible excepción de la expectativa de vida al nacimiento — donde las diferencias entre estados varían en sólo dos y medio a tres años— las diferencias interestatales en los indicadores de condiciones de salud son sustanciales (Cuadro 2.5). Las tasas de mortalidad infantil varían en un factor de casi 2 y las de mortalidad materna por un factor de casi cinco, reflejando el hecho de que muchas mujeres en los estados con servicios más deficientes dan a luz sin la presencia de un médico o sin hacerlo en una clínica u hospital.¹² Las condiciones de salud son también mucho más deficientes en las zonas rurales (Secretaría de Salud, 2003). La Gráfica 2.3 muestra diagramas que sugieren que estos rezagos se relacionan en forma estrecha con una serie de variables socioeconómicas. Los datos también muestran que, una vez que se controla por variables socioeconómicas, algunos estados tienen un desempeño en gran medida mejor que otros. Por ejemplo, para cualquier nivel de gasto público per cápita en salud, se observan grandes diferencias en las tasas de mortalidad infantil y materna entre estados.

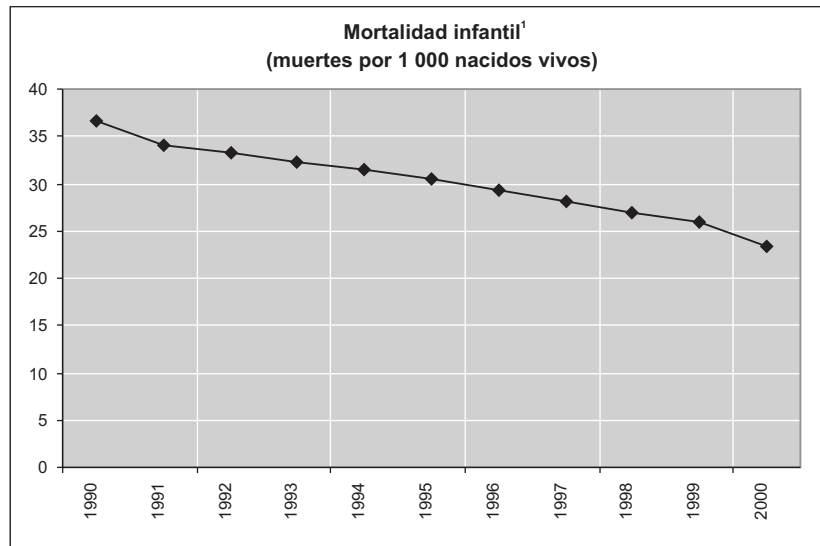
Condiciones subjetivas de salud

Los indicadores subjetivos de condiciones de salud pueden proporcionar información sobre cómo percibe la población sus necesidades de servicios de salud. A su vez, esto tendrá influencia sobre su deseo de utilizar los servicios. Encuestas mexicanas que recogen opiniones de las personas sobre su propio estado de salud (Secretaría de Salud, 2003) indican que dos terceras partes de la población total se consideran en buen o muy buen estado de salud. Los hombres se consideran en mejor forma que las mujeres y esta diferencia se mantiene en todos los grupos de edad. Existen grandes diferencias entre entidades federativas en los mismos indicadores, diferencias que parecen tener poca relación con las discrepancias en niveles de desarrollo económico (Gráfica 2.6) pero no con los niveles de gasto per cápita en salud, ya sea gasto público o total. Estas medidas son difíciles de comparar entre países, pero México se ubica en la mitad inferior de la distribución para los miembros de la OCDE, aunque por encima de países como Corea, Hungría, Italia, Japón, Polonia y Portugal (Gráfica 2.7).

Factores de riesgo

Como se destacó en el Capítulo 1, la transición epidemiológica de padecimientos contagiosos hacia enfermedades crónicas y relacionadas con la edad ha significado una serie de nuevos retos para la política de salud en México. Por otro lado, cabe apuntar que se han

Gráfica 2.5 **Tendencias de la mortalidad infantil y en menores de cinco años de edad**

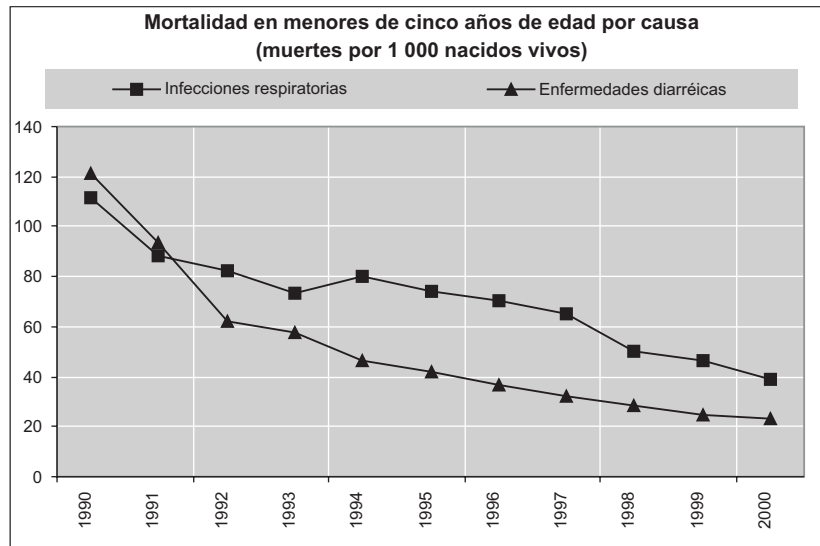


Nota:

¹ Muerte de niños en su primer año de vida como porcentaje de 1 000 nacidos vivos.

Fuente:

INEGI (2004) *Dinámica de la población. Mortalidad.*



Fuente:

Secretaría de Salud (2004b) *Dirección General de Evaluación. Indicadores de Resultado.*

Cuadro 2.5 Indicadores de condiciones de salud por estado, 2003

| | Expectativa de vida al nacer (años) | | Tasa de mortalidad infantil ¹ | Tasa de mortalidad materna ¹ | Índice de marginación ² |
|----------------------------|-------------------------------------|--------------|--|---|------------------------------------|
| | hombres | mujeres | | | |
| Aguascalientes | 73.19 | 77.95 | 17.01 | 55.80 | - 0.97 |
| Baja California | 73.94 | 78.34 | 16.15 | 40.54 | - 1.27 |
| Baja California Sur | 72.97 | 77.98 | 17.56 | 98.98 | - 0.80 |
| Campeche | 71.91 | 76.75 | 22.02 | 58.75 | 0.70 |
| Coahuila | 73.31 | 78.05 | 16.20 | 44.23 | - 1.20 |
| Colima | 72.98 | 77.72 | 17.77 | 28.48 | - 0.69 |
| Chiapas | 70.59 | 75.91 | 27.38 | 112.10 | 2.25 |
| Chihuahua | 73.41 | 78.10 | 17.70 | 51.53 | - 0.78 |
| Distrito Federal | 73.76 | 78.45 | 15.03 | 69.64 | - 1.53 |
| Durango | 72.38 | 77.23 | 20.05 | 61.95 | - 0.11 |
| Guanajuato | 72.34 | 77.20 | 20.55 | 59.99 | 0.08 |
| Guerrero | 70.79 | 76.19 | 26.46 | 119.19 | 2.12 |
| Hidalgo | 71.46 | 76.72 | 23.26 | 69.77 | 0.88 |
| Jalisco | 73.03 | 77.82 | 18.02 | 43.13 | - 0.76 |
| México | 72.93 | 77.80 | 18.06 | 77.40 | - 0.60 |
| Michoacán | 72.07 | 77.01 | 21.68 | 56.77 | 0.45 |
| Morelos | 72.75 | 77.55 | 18.88 | 88.58 | - 0.36 |
| Nayarit | 72.33 | 77.30 | 20.58 | 79.47 | 0.06 |
| Nuevo León | 73.43 | 78.21 | 15.38 | 13.11 | - 1.39 |
| Oaxaca | 70.82 | 76.12 | 26.62 | 65.66 | 2.08 |
| Puebla | 71.75 | 77.00 | 22.67 | 81.43 | 0.72 |
| Querétaro | 72.44 | 77.39 | 19.82 | 54.77 | - 0.11 |
| Quintana Roo | 72.76 | 77.59 | 18.84 | 65.33 | - 0.36 |
| San Luis Potosí | 71.90 | 76.89 | 22.28 | 83.97 | 0.72 |
| Sinaloa | 72.52 | 77.40 | 19.75 | 21.42 | - 0.10 |
| Sonora | 73.18 | 77.87 | 17.61 | 38.83 | - 0.76 |
| Tabasco | 71.84 | 76.83 | 22.67 | 54.26 | 0.66 |
| Tamaulipas | 72.93 | 77.68 | 17.81 | 37.94 | - 0.69 |
| Tlaxcala | 72.42 | 77.52 | 19.90 | 77.23 | - 0.18 |
| Veracruz | 71.41 | 76.59 | 23.59 | 71.20 | 1.28 |
| Yucatán | 71.90 | 76.85 | 21.56 | 63.16 | 0.38 |
| Zacatecas | 72.05 | 76.89 | 22.04 | 76.12 | 0.30 |
| República Mexicana | 72.40 | 77.40 | 20.50 | 65.20 | |
| <i>Desviación Estándar</i> | 0.80 | 0.70 | 3.20 | 23.80 | 1.00 |

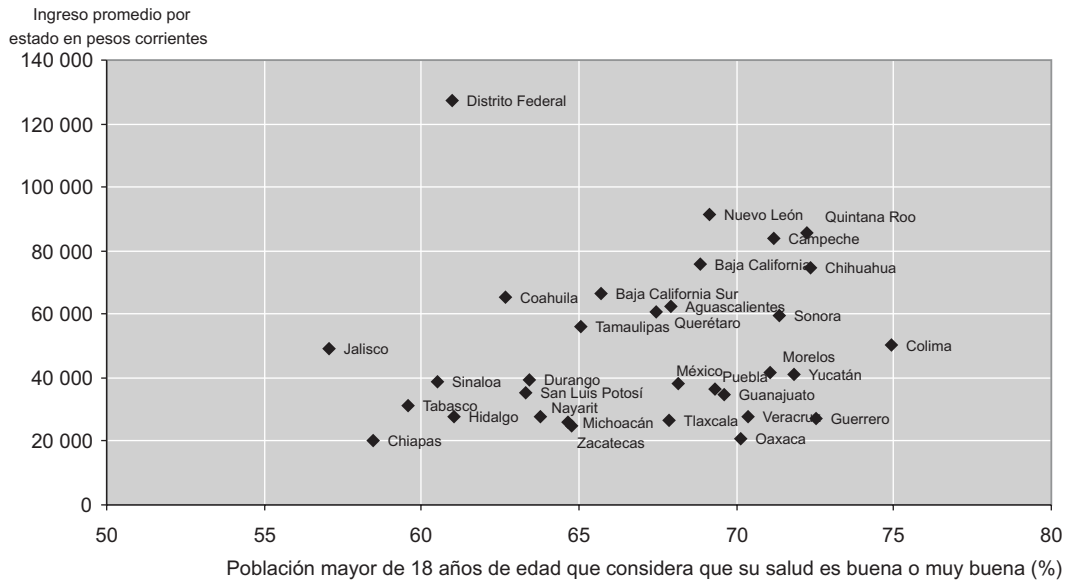
Notas:

¹ Las tasas de mortalidad infantil y materna se expresan por cada 1 000 y 100 000 nacidos vivos, respectivamente.² Cuanto más alto es el índice, mayor es el grado de marginación socioeconómica.

Fuentes:

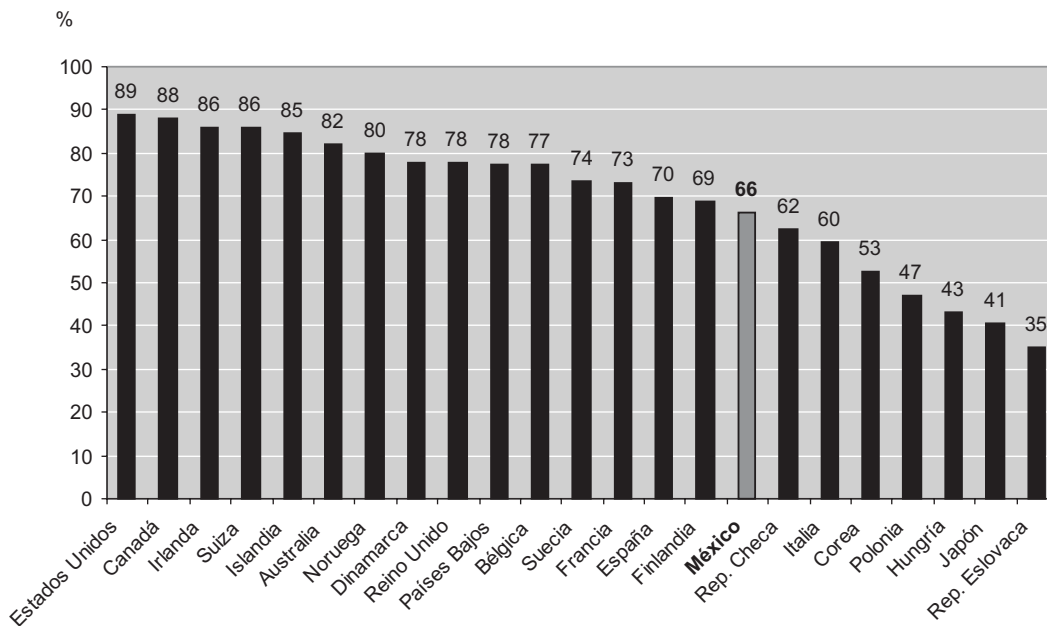
Expectativa de vida al nacer y tasa de mortalidad infantil: estimadas por CONAPO (2004) *Proyecciones de la Población de México, 2000-2050*, basadas en INEGI (2000) *XII Censo General de Población y Vivienda*. Tasa de mortalidad materna: INEGI (2000) *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*.Índice de marginación: CONAPO (2004) *Índices de marginación, 2000*, basados en INEGI (2000) *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*.

Gráfica 2.6 Percepción del estado de salud e ingreso promedio por estado, 2002



Fuente: Secretaría de Salud (2003) Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas.

Gráfica 2.7 Población que considera que su salud es buena o muy buena, países de la OCDE, principios de la década del 2000



Fuente: OECD (2004c) OECD Health Data 2004, 2a. edición.

logrado niveles de vacunación altos. No obstante, la proporción de personas obesas y con sobrepeso ha seguido aumentando durante la última década y media. Alrededor de 30 por ciento de la población es obesa y cerca de 60 por ciento es obesa o tiene sobrepeso, lo que ubica a México entre los países de la OCDE con tasas más altas en este rubro (Cuadro 2.6). Esto parece asociarse, como en otros lugares, con hábitos alimenticios deficientes (incluido el aumento en el consumo de refrescos) y un estilo de vida cada vez más sedentario (Secretaría de Salud, 2003). Aunque los datos no son sólidos, el aumento en la obesidad puede haberse reflejado en la creciente prevalencia de diabetes, que se ha convertido en la causa de mortalidad más importante, y se puede esperar que detenga el avance en la reducción de la prevalencia de los problemas vasculares. (Secretaría de Salud, 2001b). El volumen per cápita de consumo de alcohol es de casi la mitad del promedio de la Organización y el de tabaco se sitúa en el promedio de los países de la OCDE, aunque sigue siendo un importante problema de salud pública (Tapia-Conyer et al., 2001b).¹³

2.2.2 Satisfacción y respuesta del sistema a las necesidades de los pacientes

Incluso si el gasto público y los niveles de recursos que se canalizan a los servicios de salud son limitados, los mexicanos parecen estar en general satisfechos con la atención que reciben y los niveles de satisfacción son altos al comparar con lo que se conoce en otros países de la OCDE (Gráfica 2.7). Los resultados de algunos estudios (Banco Mundial, 2004b) de principios de la década, indican que menos de 2 por ciento de la población consideró que la atención fue deficiente o muy deficiente en su última consulta, y casi 85 por ciento la consideró buena o muy buena, con más de 90 por ciento dispuesta a regresar a la misma institución para tratamientos posteriores. Es importante destacar también que el nivel de satisfacción con los prestadores privados de servicios parece ser más alto que con los prestadores públicos (Cuadro 2.7).¹⁴

Asimismo, los tiempos de espera, según informes oficiales, parecen ser de manera muy sorprendente cortos. De acuerdo con datos del 2003, el tiempo promedio de espera para una consulta era de sólo 26 minutos en una clínica de atención primaria (el IMSS y el programa IMSS-Oportunidades registran los menores tiempos de espera) y 18 minutos a partir de la llegada a los servicios de emergencia (Secretaría de Salud, 2004b).¹⁵ Los tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas en el IMSS —definidos como el lapso que transcurre entre el momento en que se programa la atención y se lleva a cabo la cirugía— son de 8.5 días para el IMSS y de 11.4 para otras instituciones (IMSS, 2003b). Las encuestas del IMSS sobre la satisfacción con los servicios indicaron que apenas poco menos de 30 por ciento de los participantes consideró que los tiempos de espera eran demasiado largos.¹⁶ Aunque estos datos se comparan de modo favorable con indicadores similares en los países de la OCDE (Hurst y Siciliani, 2004), las definiciones no siempre parecen ser las mismas. Por ejemplo, los tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas no incluyen el tiempo desde que el paciente se registró en una lista de espera, y pueden cubrir otras operaciones además de las cirugías programadas. La Secretaría de Salud federal reconoce que las listas de espera son largas para el sistema de SESA, en particular en lo que corresponde a los servicios de especialidad en los hospitales de segundo y tercer nivel y en la atención de alta tecnología. Además, aunque estos tiempos de respuesta parecen cortos, una gran parte de la población aún recurre al sector privado. La evidencia anecdótica sugiere que esto es reflejo de una inquietud general acerca de la calidad y la oportunidad de la atención.¹⁷

Cuadro 2.6 Indicadores de riesgos de salud pública en países de la OCDE, principios de la década del 2000

| | Vacunas: Sarampión-D.T.P. ¹ | Consumo de alcohol (litros per cápita) ² | Consumo de tabaco (porcentaje de población que fuma a diario) | SIDA (incidencia por millón de habitantes) | Población obesa o con sobrepeso (% de la población total, IMC>25kg/m) ³ |
|---|--|---|---|--|--|
| Alemania | 94.05 | 10.40 | 24.70 | 8.70 | 47.70 |
| Australia | 92.50 | 9.90 | 19.80 | 13.00 | 58.40 |
| Austria | 80.50 | 11.00 | 36.30 | 7.90 | 46.10 |
| Bélgica | 86.05 | 9.60 | 29.00 | 18.20 | 44.40 |
| Canadá | 85.65 | 7.80 | 18.00 | 9.00 | n.d. |
| Corea | 93.60 | 9.20 | 30.40 | 1.80 | 30.60 |
| Dinamarca | 98.50 | 11.20 | 28.00 | 7.70 | 41.70 |
| España | 97.50 | 11.20 | 31.70 | 59.00 | 48.30 |
| Estados Unidos | 86.60 | n.d. | 18.40 | 148.00 | 65.70 |
| Finlandia | 96.50 | 9.20 | 23.40 | 4.00 | n.d. |
| Francia | 92.10 | 10.50 | 28.60 | 32.60 | 37.50 |
| Grecia | 88.00 | 9.10 | 35.00 | 8.60 | n.d. |
| Hungría | 99.85 | 13.40 | 33.00 | 2.60 | 51.40 |
| Irlanda | 78.50 | 14.30 | n.d. | 3.40 | 47.00 |
| Islandia | 95.00 | 6.50 | 21.60 | 0 | 48.80 |
| Italia | 87.65 | 8.70 | 24.00 | 30.50 | n.d. |
| Japón | 92.50 | 8.20 | 30.90 | 2.40 | 25.80 |
| Luxemburgo | n.d. | 14.70 | 30.00 | 2.30 | 51.60 |
| México | 96.10 | 4.60 | 26.40 | 44.80 | 62.30 |
| Noruega | 89.50 | 5.90 | 29.00 | 7.30 | 42.70 |
| Nueva Zelanda | 86.85 | 9.20 | 25.00 | 4.30 | n.d. |
| Países Bajos | 97.00 | 9.80 | 34.00 | 12.20 | 45.00 |
| Polonia | 98.50 | 8.10 | 27.60 | 3.40 | n.d. |
| Portugal | 92.85 | 11.50 | 20.50 | 81.80 | 49.60 |
| Reino Unido | 87.90 | 11.10 | 27.00 | 14.70 | 61.00 |
| República Checa | 98.30 | 11.90 | 24.10 | 0.80 | 51.10 |
| República Eslovaca | 99.35 | 8.80 | 24.30 | 0.40 | 57.60 |
| Suecia | 96.50 | 6.90 | 17.80 | 6.70 | 44.80 |
| Suiza | 86.50 | 10.80 | 25.30 | 27.10 | 37.10 |
| Turquía | 80.00 | 1.40 | n.d. | 0.70 | n.d. |
| <i>Promedio OCDE</i> ⁴ | 91.40 | 9.70 | 26.60 | 17.90 | 47.00 |
| <i>Desviación Estándar</i> ⁴ | 6.10 | 2.70 | 5.20 | 31.00 | 9.30 |

n.d.: no disponible.

Notas:

¹ Proporción de niños que reciben vacunas. D.T.P. se refiere a difteria, tétanos y tosferina.² Consumo de individuos mayores de 15 años de edad.³ IMC se refiere al índice de masa corporal, y es el peso en kilos/el cuadrado de la altura en metros.⁴ Promedio y desviación estándar excluyen a México.

Fuente:

OECD (2004c) OECD Health Data 2004, 2a. edición.

Cuadro 2.7 **Percepción de la calidad de la atención por prestador de servicios**

| Proporción de personas, por ciento | | | | | | |
|---|------------|-------------|-------------|------------|------------|----------------------|
| (Pregunta: El servicio prestado por la persona que le atendió fue:) | | | | | | |
| Prestador de servicios de salud | Muy bueno | Bueno | Regular | Malo | Muy malo | Promedio de muy malo |
| IMSS-Oportunidades | 4.2 | 76.7 | 18.5 | 0.6 | .. | 19.1 |
| IMSS | 6.6 | 65.7 | 24.4 | 3.3 | .. | 27.7 |
| SESA | 4.7 | 82.4 | 11.7 | 1.1 | 0.1 | 12.9 |
| ISSSTE Estatal | 9.4 | 75 | 12.5 | .. | 3.1 | 15.6 |
| ISSSTE | 18.8 | 64.1 | 15.6 | .. | 1.6 | 17.2 |
| Privado | 10.7 | 78.4 | 9.3 | 1.6 | .. | 10.9 |
| TOTAL | 6.3 | 78.2 | 14.1 | 1.3 | 0.1 | 15.5 |

Fuente:

Banco Mundial (2004b) "Universal Health Insurance Coverage in Mexico: In Search of Alternatives", Grupo de Desarrollo Humano y Social, Región de América Latina y el Caribe, Oficina para México y Colombia.

Los derechos de los pacientes, que a menudo se ignoraron en el pasado, ahora reciben una atención creciente. En este sentido, se registró toda una serie de informes sobre maltrato y discriminación contra los pobres y, en especial, la población indígena. Los programas gubernamentales de principios de la década apuntaron hacia un deseo de establecer con claridad los derechos de los pacientes y los códigos de ética, un sistema de seguimiento de las quejas y el establecimiento de sistemas de medición del desempeño. Así, se ha puesto en marcha un sistema de derechos del paciente. Además, en la actualidad los pacientes tienen acceso a un sistema de resolución de controversias por medio de la conciliación y el arbitraje (la CONAMED) que es gratuito y menos costoso que pasar por el sistema de tribunales civiles (Recuadro 2.2).

Recuadro 2.2 **Resolución de controversias en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico**

En México se ha puesto en marcha un sistema único de resolución de controversias relacionadas con la calidad de la atención. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) fue creada en 1996 mediante un decreto del gobierno federal. Es un organismo descentralizado e independiente adscrito a la Secretaría de Salud. La CONAMED proporciona asesoría imparcial y objetiva orientada a lograr acuerdos entre profesionales y pacientes en los casos en los que se presenten instancias de negligencia médica o en los que los derechos de los pacientes han sido violados. Al establecer un medio eficaz de resolución de controversias entre posibles litigantes, se espera acercarse al logro de las siguientes metas:

- Aumentar la presión para mejorar la práctica médica y la calidad de los servicios.
- Ampliar los derechos de los pacientes al desagravio al crear un vehículo sencillo para tratar agravios susceptibles de indemnización y quejas.

Recuadro 2.2 **Resolución de controversias en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico** (cont.)

- Reducir los incentivos para la práctica de la medicina defensiva que pueden presentarse en países con niveles altos de litigio, como Estados Unidos y Australia.
- Canalizar la información hacia las instituciones que rigen el sistema (como la Secretaría de Salud), cuando exista evidencia de errores o problemas sistemáticos.

Este es un servicio gratuito, con lo que se reducen los costos para el paciente que generan los anticipos por concepto de honorarios legales. La inclusión de especialistas médicos en el procedimiento mejora la disponibilidad de información para los pacientes. Por otro lado, la información sobre problemas sistemáticos de calidad o de salud pública se puede retroalimentar a los diseñadores de políticas para que tomen medidas al respecto.

Los convenios precedentes para buscar reparación mediante los tribunales resultaban largos y costosos y funcionaban en contra de los intereses de los pacientes. Los métodos más sencillos para resolver controversias, que están menos sujetos a los requisitos de procedimiento de los sistemas legales existentes, tienen la capacidad de reducir los costos sociales en total al liberar recursos para otros usos (como el sistema de tribunales y los abogados).

Al principio del proceso, las personas con quejas o demandas reciben asesoría y orientación de miembros de la Comisión que tienen preparación médica y que evalúan la validez del reclamo. En los casos de negligencia médica o de errores que se consideran legítimos, la CONAMED se pone en contacto con el prestador del servicio, que puede ser un médico en su consulta privada o una institución de servicios médicos y propone sus servicios de mediación. Este proceso es confidencial en su totalidad. Al aceptar la conciliación, el prestador del servicio acepta el arbitrio si no se puede llegar a un arreglo y declina su derecho de apelación. En la conciliación, las dos partes intentan llegar a un acuerdo con ayuda de un médico y un abogado de la Comisión. En el caso en el que no se pueda llegar a un arreglo, la comisión de arbitraje emite un fallo con base en asesoría especializada y establece el nivel de los daños dentro de los límites que establece la ley.¹

El número de casos es aún reducido —cerca de 6 000 en todo el país— pero la cantidad está en aumento a razón de 10 por ciento anual. Se están realizando esfuerzos para dar a conocer el sistema por medio de comerciales en televisión, radio y de información sobre los derechos del paciente. Todos los hospitales certificados deben mostrar material sobre la CONAMED y el personal de estos centros debe conocer el sistema. Muchas quejas de abusos de los derechos del paciente a menudo se resuelven de manera directa con el prestador del servicio, con frecuencia dentro de un plazo de 48 horas. Los pacientes parecen estar muy satisfechos con su funcionamiento, y 96 por ciento considera que los servicios en los renglones de tratamiento, imparcialidad y tiempo fueron “buenos” o mejores (Secretaría de Salud, 2004). El procedimiento pa-

Recuadro 2.2 **Resolución de controversias en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico** (cont.)

recería ser más corto que en los tribunales existentes y el número de conflictos resueltos durante un año calendario es casi igual al número de casos. La confidencialidad del enfoque es atractiva para los prestadores de servicios, pues reduce el riesgo de pérdida de reputación. Sin embargo, al ser así, también se reduce la presión sobre los prestadores de servicios para garantizar servicios de calidad. No obstante, en general, la responsabilidad por los errores médicos o negligencia de doctores específicos a menudo es asumida por cada institución, aunque algunas instituciones proveen a su personal con un seguro privado que los cubre en estos casos. En cualquiera de las circunstancias, se debilitan los incentivos para limitar la negligencia médica.

¹ Los límites de la compensación se basan en leyes relacionadas con la compensación de los trabajadores en caso de lesión. El reembolso no puede exceder cuatro veces el valor declarado en la Ley. Se pueden solicitar gastos adicionales, es decir, para terapia por traumatismo. También se puede solicitar compensación de daño "moral" en los estados donde se permita. Por ejemplo, en el Distrito Federal, estos daños no pueden exceder 50 por ciento del valor del reclamo de daños materiales.

2.2.3 **Calidad de la atención: aspectos regulatorios y programáticos**

En el nivel federal, se observa un alejamiento de la gestión cotidiana de los programas (pues estas decisiones se han transferido a los estados) y un acercamiento hacia el seguimiento del desempeño general del sistema. La recopilación de datos ha mejorado y se ha convenido con los estados el uso de un conjunto de indicadores de desempeño de la calidad. Como se destacó en el Capítulo 1, muchos de ellos muestran grandes diferencias entre estados y su reducción es una de las prioridades más altas de las autoridades.

Políticas de prevención

México parece tener un desempeño sólido en el área de la prevención (Recuadro 2.3). En 2002, la proporción de niños menores de un año de edad que habían recibido el esquema completo de vacunación era de alrededor de 95 por ciento y 98 por ciento para los menores de cuatro años de edad. En todas las entidades, estos indicadores fueron elevados de manera uniforme (Secretaría de Salud, 2004c). También se cuenta con programas activos contra la tuberculosis, en favor de la salud dental, de prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, de la rabia, el cólera, el paludismo, el dengue, el cáncer mamario y cérvico-uterino, la diabetes, la hipertensión y el abuso de sustancias. Asimismo, existe un sólido sistema de planificación familiar, el cual ha sido uno de los elementos en los que descansa la reducción de las tasas brutas de fertilidad. La fortaleza del sistema de vigilancia epidemiológica ha contribuido a limitar la propagación del cólera, la rabia, la tuberculosis y a la reducción de la incidencia del cáncer cérvico-uterino. Sin embargo, el éxito no ha sido tan marcado en cuestiones como las infecciones por VIH. Además, la proporción de la población que no cuenta con agua potable sigue entre 35 y 40 por ciento, con cifras tan altas como 56 por ciento en Chiapas y tan bajas como 1 a 2 por ciento en Quintana Roo (Secretaría de Salud, 2004).

El éxito de México en el ámbito de la prevención se ha basado en programas nacionales organizados y financiados por la Secretaría de Salud en el nivel federal y con los estados, los cuales con frecuencia asumen el papel operativo. Las secretarías de salud de los estados han adoptado algunas de estas responsabilidades, lo que tal vez complica en cierta medida la tarea de coordinación de políticas de nivel nacional. Los sistemas de seguridad social (IMSS e ISSSTE) han desempeñado un papel limitado en términos relativos en el establecimiento de programas coherentes de prevención en el ámbito nacional. Esto parece estar cambiando, pues tanto las instituciones de seguridad social como la Secretaría de Salud han pasado hacia un modelo de atención familiar que incluye la prevención.

Recuadro 2.3 **Actividades de prevención de salud en México**

México ha puesto un énfasis intenso en la prevención de enfermedades y el fomento de la salud. Entre los ejemplos de éxito en este ámbito destacan los siguientes casos:

Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades contagiosas

México ha desarrollado a lo largo de los años un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) (Tapia-Conyer *et al.*, 2001a). Este sistema comprende más de 17 000 unidades de atención primaria dentro de todas las instituciones de salud del país, al igual que una red “centinela” de 133 hospitales con más de 80 camas y una gran variedad de sistemas de vigilancia para enfermedades específicas (como el VIH/SIDA, la tuberculosis, enfermedades transmitidas por vector, enfermedades prevenibles mediante vacunas, etcétera). El SINAVE también da seguimiento al renglón de la mortalidad. El sistema registra más de 100 enfermedades para las que es obligatorio emitir notificación, definidas por las autoridades epidemiológicas de todas las instituciones de salud de nivel nacional y estatal (Secretaría de Salud, SESA, IMSS, ISSSTE). Cada año, se registran en el sistema alrededor de 50 millones de casos, cuya información se publica con periodicidad semanal. El sistema también tiene como objetivo limitar los riesgos de salud pública resultado de desastres naturales u ocasionados por el ser humano.

De los programas verticales hacia un sistema integral de prevención

Hasta hace poco tiempo, las actividades de prevención en México se basaban en programas verticales operados por el gobierno federal. En fechas recientes, el trabajo de prevención se ha integrado de manera progresiva a los servicios que presta la seguridad social y la Secretaría de Salud, en especial dada la creciente importancia de las enfermedades relacionadas con el estilo de vida. La información epidemiológica, al igual que otros datos generados por la Secretaría de Salud, se utilizan para apoyar los 22 programas de prevención y promoción. Entre estos esquemas se incluyen los de salud infantil y materna, el control de enfermedades transmitidas por vector, el control de la diabetes y la hipertensión, el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual y tuberculosis. México también tiene un largo historial de mejoras nutricionales entre la población más pobre y la población en general (Barquera *et al.*, 2001). Una estrategia muy importante para apoyar la operación de estos programas es la de “Salud a Través de los Ciclos de Vida”, que define las principales necesidades y

Recuadro 2.3 **Actividades de prevención de salud en México** (cont.)

medidas preventivas para las personas de los distintos grupos de edad. Este programa se integra, en los casos aplicables, con el Sistema Nacional de Cartillas de Salud, creado en 1993 y que funge como padrón oficial de las actividades de prevención del gobierno federal. También se ha puesto en marcha un sistema de información “Caminando a la Excelencia” para evaluar la calidad de la prestación de servicios preventivos. Este sistema permite que los administradores de programas en los niveles nacional, estatal y sub-estatal evalúen el desempeño de sus esquemas tanto en relación con otras instituciones como en función de otros estados y a lo largo del tiempo.

El IMSS ha puesto en marcha su propio programa de prevención, llamado PREVENIMMS y el ISSSTE ha introducido un esquema paralelo. Estos programas de salud, válidos sólo para sus derechohabientes, tienen el objetivo de integrar las actividades de prevención en el marco más amplio de la medicina familiar. El enfoque de los programas de prevención varía en función de cuatro grupos de edad y de los problemas y riesgos de salud clave que por lo normal se encuentran en cada uno de estos grupos, de forma similar al esquema de Cartillas Nacionales de Salud que promueve la Secretaría de Salud.

Prevención del uso del tabaco

El uso y la dependencia del tabaco se identifican como una de las principales causas de muerte prematura o con posibilidad de prevenirse. En México, se estima que la población fumadora asciende a 26.4 por ciento de los habitantes entre 18 y 65 años de edad de las zonas urbanas. Un fumador mexicano consume un promedio de ocho cigarros al día. Los fumadores son en especial hombres (64 por ciento), jóvenes entre 18 y 29 años de edad (44 por ciento) y que a menudo pertenecen a grupos socioeconómicos menos privilegiados (59 por ciento).

Los responsables del diseño de políticas en México han puesto un gran énfasis en la reducción de la demanda por tabaco y buscan recuperar parte del costo financiero que genera su consumo para el sistema público de salud. En junio de 2004, la Secretaría de Salud, por medio de la COFEPRIS, y la industria tabacalera firmaron un convenio para ampliar la regulación sobre el tabaco. Este convenio establece que, por cada cigarro vendido, la industria del tabaco realizará una contribución voluntaria al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), uno de los fondos creados dentro del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) (véase el Capítulo 3). Desde 2004, el precio de los cigarros aumentará de manera progresiva y, a fines de 2006, la aportación correspondiente al FPGC será de 5 centavos por cigarro vendido, fecha en la que se espera que la recaudación producto del convenio alcance \$3.6 miles de millones de pesos. Sobre la base de cálculos estimados de la elasticidad precio de la demanda por cigarros, también se espera que se reduzca el consumo de cigarros en cerca de 280 millones de cajetillas durante el mismo periodo.

Prevención del abuso del alcohol y otras sustancias

El Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), que opera dentro de la Secretaría de Salud, coordina los esfuerzos y actividades que se relacionan con el abuso

Recuadro 2.3 Actividades de prevención de salud en México (cont.)

de sustancias. Así, fomenta la prevención y la cooperación e intercambios de información entre organismos del gobierno, la sociedad civil y las instituciones sociales que trabajan en este campo. Por su parte, el Consejo Nacional de Salud Mental, se encarga de tratar con las actividades de prevención y de otro tipo que se relacionan con los problemas mentales.

Temas de calidad en recursos humanos y la prestación de servicios

A pesar de contar con poca información sistemática sobre la calidad de los servicios que se reciben (por ejemplo, sobre el número de errores médicos), se observa una inquietud creciente por la calidad de la atención en todos los ámbitos del sistema de salud. Al parecer, existe gran variación de la calidad tanto en el sector público como en el privado para los profesionales de la salud y los prestadores de servicios, en parte como reflejo del hecho de que muchas de las escuelas de medicina no estaban acreditadas o certificadas (Ruiz *et al.*, 2003). La preocupación por la calidad de los servicios institucionales es tal vez más marcada para la gran cantidad de pequeñas unidades hospitalarias donde el personal calificado que trabaja a tiempo completo no existe o es escaso (Secretaría de Salud, 2001b). Sin embargo, también se detecta gran variación en el sector público, en especial en los SESA, que cuentan con un financiamiento menos generoso. De igual manera, como en todos los países de la OCDE, parece existir variación considerable en el ejercicio de la medicina, lo que apunta hacia la necesidad de establecer lineamientos clínicos con base en las mejores prácticas y aplicar incentivos para fomentar su uso.¹⁸ Los patrones de ejercicio de la práctica médica existentes a menudo no están en línea con las normas internacionales (Cercone *et al.*, 2001). Por ejemplo, la proporción de nacimientos por cesárea ha crecido con rapidez y es apenas menor que 38 por ciento de todos los nacimientos, más del doble del nivel de 15 por ciento recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los aumentos más marcados se registran en los prestadores de servicios privados y en el ISSSTE.¹⁹ El uso de antibióticos también es más alto que lo recomendado.

México ha puesto en marcha un sistema de recopilación de datos y vigilancia relacionado con su “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud” que tiene la intención de eliminar algunas de estas deficiencias de información (Recuadro 2.4). Como se destacó en el Capítulo 1, los esfuerzos para acreditar y certificar a las instituciones médicas están avanzando bajo la orientación del Consejo de Salubridad General (CSG), que ha establecido criterios de evaluación que se sujetan a los principios científicos, éticos y de calidad que rigen la práctica profesional. La intención reside en fomentar la introducción de la medicina basada en evidencia, con lo que se reducirían las diferencias observadas en los patrones de la práctica médica.

De manera independiente, el IMSS ha llevado a cabo acciones para mejorar sus propios sistemas de información en el nivel primario, ha establecido archivos electrónicos de pacientes y el análisis del desempeño en términos de calidad y eficiencia y el impacto de los programas de salud entre regiones.

Recuadro 2.4 **La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud**

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud fue presentada en el marco del Programa Nacional de Salud 2001-2006 y es parte de la visión general del gobierno mexicano en torno a las mejoras en la calidad de los servicios de salud. Los objetivos del esquema son los siguientes:

- i) Mejorar la calidad de los servicios y reducir las diferencias en calidad entre instituciones, niveles de atención y unidades médicas.
- ii) Garantizar el trato adecuado en función de las necesidades de los pacientes.
- iii) Mejorar la satisfacción profesional de los trabajadores de la salud.

En este sentido, en el programa se mide la calidad, en sus dimensiones técnica y de atención a las necesidades de los pacientes por medio de un sistema de indicadores. A fin de transmitir los datos recabados de manera voluntaria y mejorar la transparencia, se elaboró un sistema informático (INDICA). El sistema es utilizado por 7 000 unidades de prestación de servicios y se obtienen datos en los siguientes rubros: la información que se proporciona a los pacientes y la satisfacción en el tratamiento recibido; los tiempos de espera; la oferta de medicamentos y, desde hace poco, indicadores sobre la eficacia en el tratamiento infantil, los pacientes con diabetes y otras enfermedades crónicas; las infecciones nosocomiales y las cesáreas. El seguimiento de cada uno de los proveedores se da por medio de auditorías y se recibe retroalimentación sobre la calidad de los datos registrados aprovechando a los grupos ciudadanos para verificar lo reportado por los pacientes (como los clubes similares a los Rotarios que se utilizan como vehículos de información). También se han establecido líneas telefónicas especiales para recibir quejas.

En el nivel estatal, se reúnen grupos de enfoque como parte de los Comités Estatales de Calidad. En fechas recientes, se establecieron Observatorios de Desempeño de Hospitales en las secretarías de salud de los estados para supervisar sus propios hospitales. Estas unidades intentarán reunir información en cuatro aspectos: sistemas de administración e información; eficiencia y eficacia clínica; satisfacción de los pacientes; y desempeño financiero.

En un esfuerzo por mejorar los incentivos, se ha puesto en práctica la entrega de premios nacionales a la calidad y se ha establecido un Foro Nacional para la Calidad de los Servicios de Salud a fin de fomentar los ejemplos de mejores prácticas. Más importante aún, se ha comenzado a diseminar una cultura de contratación para la calidad. También se están realizando esfuerzos para mejorar la capacidad de las autoridades estatales en cuanto a la negociación con proveedores de nivel estatal. Asimismo, se firmaron convenios con los estados en lo relacionado con el cumplimiento de indicadores de calidad a cambio de financiamiento para prestadores de servicios. Este tipo de convenios se introdujo en 400 unidades de atención médica en el nivel estatal, a fin de proporcionar metas a cumplir utilizando el sistema INDICA para dar seguimiento a los resultados.

Recuadro 2.4 **La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud** (cont.)

Las autoridades consideran la Cruzada como un proceso de mediano plazo para cambiar las mentalidades y la calidad que ofrecen los proveedores del sector salud. En este contexto, se presta atención creciente a temas relacionados con los recursos humanos. El programa forma parte de un esfuerzo más amplio para mejorar la calidad de los prestadores de servicios por medio de la acreditación de escuelas médicas y la certificación de profesionales del sector bajo la rectoría del Consejo General de Salubridad. El número de especialistas certificados aumentó de 22 mil en 1990 a 62 mil en 2003. La capacitación administrativa, que durante mucho tiempo fue relegada, se reintrodujo recientemente y se está prestando mayor atención al vínculo entre la calidad y el ambiente laboral de los trabajadores.

Durante el gobierno actual, se estableció el Programa Nacional de Certificación para Establecimientos de Atención Médica como parte de la estrategia base de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.²⁰ Este proceso, aunque de carácter voluntario, se aplica a hospitales y otras unidades, de atención médica, psiquiátrica, de rehabilitación y hemodiálisis ambulatoria. Los criterios de evaluación se relacionan con la estructura y el proceso de la atención así como de los resultados del servicio. La certificación tiene una validez de tres años. Las evaluaciones son gratuitas y llevadas a cabo por 454 evaluadores capacitados elegidos entre el personal de las instituciones de salud.²¹ A partir de septiembre de 2002, 525 hospitales han solicitado ser evaluados. De los 135 que ya han sido valorados, 120 obtuvieron la certificación. Durante el mismo periodo, 20 hospitales psiquiátricos y 137 unidades de servicios ambulatorios se inscribieron para ser evaluadas. De este total, se han valorado 16 y han obtenido la certificación 4 hospitales psiquiátricos y 12 unidades médicas ambulatorias.

En lo que se refiere a la profesión médica, la certificación y re-certificación parecen haber sido un requisito para obtener empleo en muchos hospitales privados (de alto nivel) del sector privado, aunque no lo ha sido para obtener una plaza en los servicios de la Secretaría de Salud o el IMSS (Ruiz, et al., 2003), aunque en el segundo caso parecen haberse instituido con antelación controles internos relacionados con la calidad de los servicios. Como primer paso hacia una mejor regulación, las autoridades requerirán ahora que todos los nuevos médicos que ingresen a las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) sean graduados de un centro de estudios acreditado. Como resultado, todas las escuelas de medicina ya han solicitado su acreditación.

La certificación de especialistas ha sido supervisada por las asociaciones profesionales respectivas y es posible que los niveles de calidad se hayan mantenido mejor en este segmento de la oferta de servicios. Sin embargo, no existe un sistema generalizado de certificación para los médicos generales y se considera que la calidad en este nivel podría presentar problemas, en especial en el caso de quienes se desempeñan en el sector privado, sin relación con el sector público o el sector privado certificado.

Aún queda un margen considerable para mejorar en cuanto a la calidad. Un estudio reciente de 119 hospitales de los SESA, de los cuales sólo 30 por ciento contaba con certifi-

cación del CSG, mostró que de los especialistas en los hospitales generales sólo estaban certificados entre 30 y 50 por ciento, y que, sólo entre 46 y 60 por ciento de los hospitales generales tenían protocolos para las especialidades usualmente disponibles (aunque el nivel alcanzó 70 por ciento en los hospitales de especialidades). Se encontró que la productividad en 15 por ciento de los casos era baja y, en promedio, sólo 80 por ciento de las solicitudes de fármacos que hacían los médicos se suministraban en la unidad (cifra que se reduce a 50 por ciento en algunas categorías). Un número importante de hospitales no cumplía con las normas mexicanas de operación de servicios de apoyo, en especial para las unidades de Rayos X en hospitales generales más pequeños (41 por ciento) y en hospitales de especialidades (20 por ciento) (Secretaría de Salud, 2004b).

Temas de calidad en el sector de fármacos

La falta de control regulatorio en las farmacias privadas (Capítulo 1) genera problemas de control de calidad en la venta de medicamentos: las personas pueden obtener medicinas sin receta o se cuenta con médicos entre el personal que las pueden proveer, lo que puede fomentar la prescripción excesiva o la prescripción de los fármacos más costosos.

La marcada diferencia en los precios promedio entre los medicamentos que se suministran en el sector privado y los que adquieren las autoridades públicas, tiene implicaciones en el acceso a los servicios de salud.²² La falta de disponibilidad de medicamentos en los servicios públicos obliga a los pacientes de estas instituciones a comprarlos en el sector privado a un costo mucho mayor; esto impone una carga, en especial, para las familias de bajos ingresos.

Las autoridades mexicanas han realizado progresos considerables para mejorar los controles de calidad de los productos genéricos que se utilizan en el sector público, como se describe en el Capítulo 1.

2.3 Evaluación de la eficiencia del sistema de salud en México

Una de las características destacadas del sistema de salud en México en lo general, es el hecho de que más de la mitad del valor total de la oferta de servicios de salud se origina en el sector privado. Aunque existen muchas razones para elegir servicios privados (como la cercanía con el prestador del servicio; tiempos de espera más cortos; y preferencia por servicios de “mejor calidad”), también puede ser reflejo de la escasez de oferta pública y/o del uso ineficiente de los recursos con que cuenta el sector público.²³ Debido a que, en el contexto mexicano, un mayor nivel de cobertura y aseguramiento de servicios médicos para la población requerirá de una mayor oferta de prestadores públicos de servicios, es de importancia fundamental mejorar la eficiencia del SNS.

2.3.1 La oferta y el uso de servicios de salud en el contexto internacional²⁴

A pesar de los bajos niveles de recursos para la prestación de servicios de salud (véase el Capítulo 1), las comparaciones internacionales muestran, de manera paradójica, que el uso del sistema es bajo desde la perspectiva de los estándares de la OCDE y que la intensidad de uso de estos recursos también tiende a ser inferior al promedio (Cuadros 2.8 y 2.9). Las consultas per cápita y el número de admisiones en hospitales, días cama y operaciones quirúrgicas se ubican en el extremo bajo del espectro de los países de la Organización.

Cuadro 2.8 **Indicadores de uso de recursos de salud en países de la OCDE, principios de la década del 2000**

| | Consultas médicas per cápita | Días cama de atención hospitalaria per cápita | Altas hospitalarias por cada 1 000 habitantes | Total de procedimientos quirúrgicos (pacientes hospitalizados por día) por 1 000 habitantes |
|--|------------------------------------|--|--|---|
| Alemania | 7.3 | n.d. | 200.6 | n.d. |
| Australia | 6.2 | 1.0 | 156.5 | 91.3 |
| Austria | 6.7 | 1.7 | 292.1 | n.d. |
| Bélgica | 7.8 | n.d. | 162.0 | 530.2 |
| Canadá | 6.2 | 1.0 | 90.6 | 181.9 |
| Corea | 10.6 | n.d. | 110.7 | n.d. |
| Dinamarca | 7.1 | 1.0 | 195.8 | 207.6 |
| España | 8.7 | 0.8 | 107.3 | 67.3 |
| Estados Unidos | 8.9 | 0.7 | 98.1 | n.d. |
| Finlandia | 4.3 | 0.9 | 251.7 | 91.2 |
| Francia | 6.9 | 1.1 | 252.1 | n.d. |
| Grecia | n.d. | 1.0 | 159.2 | n.d. |
| Hungría | 11.9 | 1.7 | 253.0 | 200.1 |
| Irlanda | n.d. | 0.9 | 122.8 | 197.8 |
| Islandia | 5.6 | n.d. | n.d. | n.d. |
| Italia | 6.1 | 1.1 | 146.8 | 73.3 |
| Japón | 14.5 | n.d. | 112.2 | n.d. |
| Luxemburgo | 6.2 | 1.4 | 176.3 | 214.1 |
| México | 2.5 | 0.4 | 41.3 | 30.4 |
| Noruega | n.d. | 0.9 | 162.6 | n.d. |
| Nueva Zelanda | 4.4 | n.d. | 205.6 | 48.0 |
| Países Bajos | 5.6 | 0.8 | 93.9 | 75.1 |
| Polonia | 5.6 | 1.4 | 131.4 | n.d. |
| Portugal | 3.6 | 0.8 | 78.0 | 58.0 |
| Reino Unido | 4.9 | 1.1 | 246.7 | 133.1 |
| República Checa | 12.9 | 1.7 | 218.6 | n.d. |
| República Eslovaca | 13.0 | 1.5 | 193.4 | n.d. |
| Suecia | 2.9 | n.d. | 160.1 | n.d. |
| Suiza | 3.4 | 1.2 | 154.1 | 118.6 |
| Turquía | 3.9 | 0.4 | 79.1 | n.d. |
| <i>Promedio OCDE¹</i> | 7.1 | 1.1 | 164.7 | 152.5 |
| <i>Desviación Estándar¹</i> | 3.2 | 0.3 | 59.6 | 120.4 |

n.d.: no disponible.

¹ El promedio y la desviación estándar no incluyen a México.

Fuente:

OECD (2004c) *OECD Health Data 2004*, 2a. edición.

Cuadro 2.9 Indicadores de intensidad de uso de recursos de salud en países de la OCDE, principios de la década del 2000

| | Consultas por médicos practicantes por año | Tasa de ocupación hospitalaria (atención hospitalaria de casos agudos) (porcentaje de camas disponibles) | Tasa de reemplazo de hospitalización de casos agudos (casos por cama disponible) | Promedio de días estancia: hospitalización de casos agudos (días) | Altas hospitalarias por cama de hospitalización de casos agudos | Procedimientos quirúrgicos por cama de hospitalización de casos agudos | Personal de enfermería por médicos |
|----------------|--|--|--|---|---|--|------------------------------------|
| Alemania | 2 188 | n.d. | n.d. | 11.6 | n.d. | n.d. | 9.4 |
| Australia | 2 468 | 71.5 | 43.0 | 6.1 | 42.2 | 24.8 | 7.5 |
| Austria | 2 020 | 76.3 | 46.9 | 6.0 | 47.8 | n.d. | 6.6 |
| Bélgica | 1 977 | n.d. | n.d. | 7.8 | n.d. | n.d. | 2.7 |
| Canadá | 2 938 | 88.6 | 32.1 | 7.3 | 27.9 | 56.1 | 9.3 |
| Corea | 7 148 | 65.2 | 22.3 | 11.0 | 19.6 | n.d. | n.d. |
| Dinamarca | 2 144 | 84.0 | 54.0 | 3.7 | 57.7 | 61.2 | 14.5 |
| España | 3 031 | 77.1 | 39.5 | 7.1 | 38.7 | 24.0 | n.d. |
| Estados Unidos | 3 740 | 65.7 | 41.9 | 5.7 | 34.0 | n.d. | 9.6 |
| Finlandia | 1 374 | n.d. | n.d. | 4.3 | 108.0 | 39.1 | 5.4 |
| Francia | 2 066 | 75.2 | 13.3 | 5.7 | 63.3 | n.d. | 4.4 |
| Grecia | n.d. | 68.0 | 39.6 | n.d. | 40.0 | n.d. | n.d. |
| Hungría | 3 725 | 77.8 | 41.7 | 6.9 | 42.5 | 33.6 | 12.1 |
| Irlanda | n.d. | 84.4 | 47.1 | 6.5 | 41.1 | 66.3 | 25.8 |
| Islandia | 2 | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | 20.5 |
| Italia | 1 398 | 76.0 | 39.6 | 6.9 | 31.7 | 15.8 | 5.8 |
| Japón | 7 334 | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. |
| Luxemburgo | 2 405 | 71.0 | 40.8 | 7.6 | 30.3 | 36.8 | 12.4 |
| México | 1 645 | 56.5 | 58.3 | 3.5 | 39.9 | 29.5 | 3.6 |
| Noruega | n.d. | n.d. | 52.1 | 5.7 | 52.1 | n.d. | 11.4 |
| Nueva Zelanda | 2 063 | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | 12.7 |
| Países Bajos | 1 832 | 66.0 | 28.3 | 8.6 | 28.5 | 22.8 | 27.9 |

Cuadro 2.9 Indicadores de intensidad de uso de recursos de salud en países de la OCDE, principios de la década del 2000 (cont.)

| | Consultas por médicos practicantes por año | Tasa de ocupación hospitalaria (atención hospitalaria de casos agudos) (porcentaje de camas disponibles) | Tasa de reemplazo de hospitalización de casos agudos (casos por cama disponible) | Promedio de días estancia: hospitalización de casos agudos (días) | Altas hospitalarias por cama de hospitalización de casos agudos | Procedimientos quirúrgicos por cama de hospitalización de casos agudos | Personal de enfermería por médicos |
|--|--|--|--|---|---|--|------------------------------------|
| Polonia | 2 443 | 77.0 | 35.0 | n.d. | 28.5 | n.d. | 50.7 |
| Portugal | 1 123 | 69.9 | 35.0 | 7.3 | 24.5 | 18.2 | 7.4 |
| Reino Unido | 2 301 | 83.0 | 56.8 | 6.9 | 63.5 | 34.3 | 14.2 |
| República Checa | 3 682 | 72.1 | 33.5 | 8.3 | 33.5 | n.d. | 12.9 |
| República Eslovaca | 3 641 | 66.8 | 30.2 | 8.1 | 35.2 | n.d. | 16.4 |
| Suecia | 959 | n.d. | n.d. | 4.8 | 65.8 | n.d. | 17.2 |
| Suiza | 956 | 84.6 | 33.7 | 9.2 | 39.4 | 0.4 | 23.6 |
| Turquía | 2 984 | 57.1 | 30.7 | 5.2 | 37.4 | n.d. | 2.4 |
| Promedio OCDE¹ | 2 613 | 74.2 | 38.1 | 7.0 | 43.1 | 33.3 | 13.7 |
| Desviación Estándar¹ | 1 650 | 8.0 | 10.2 | 1.9 | 18.7 | 19.0 | 10.3 |

n.d.: no disponible.

Notas:

¹ El promedio y la desviación estándar no incluyen a México.

Fuente:

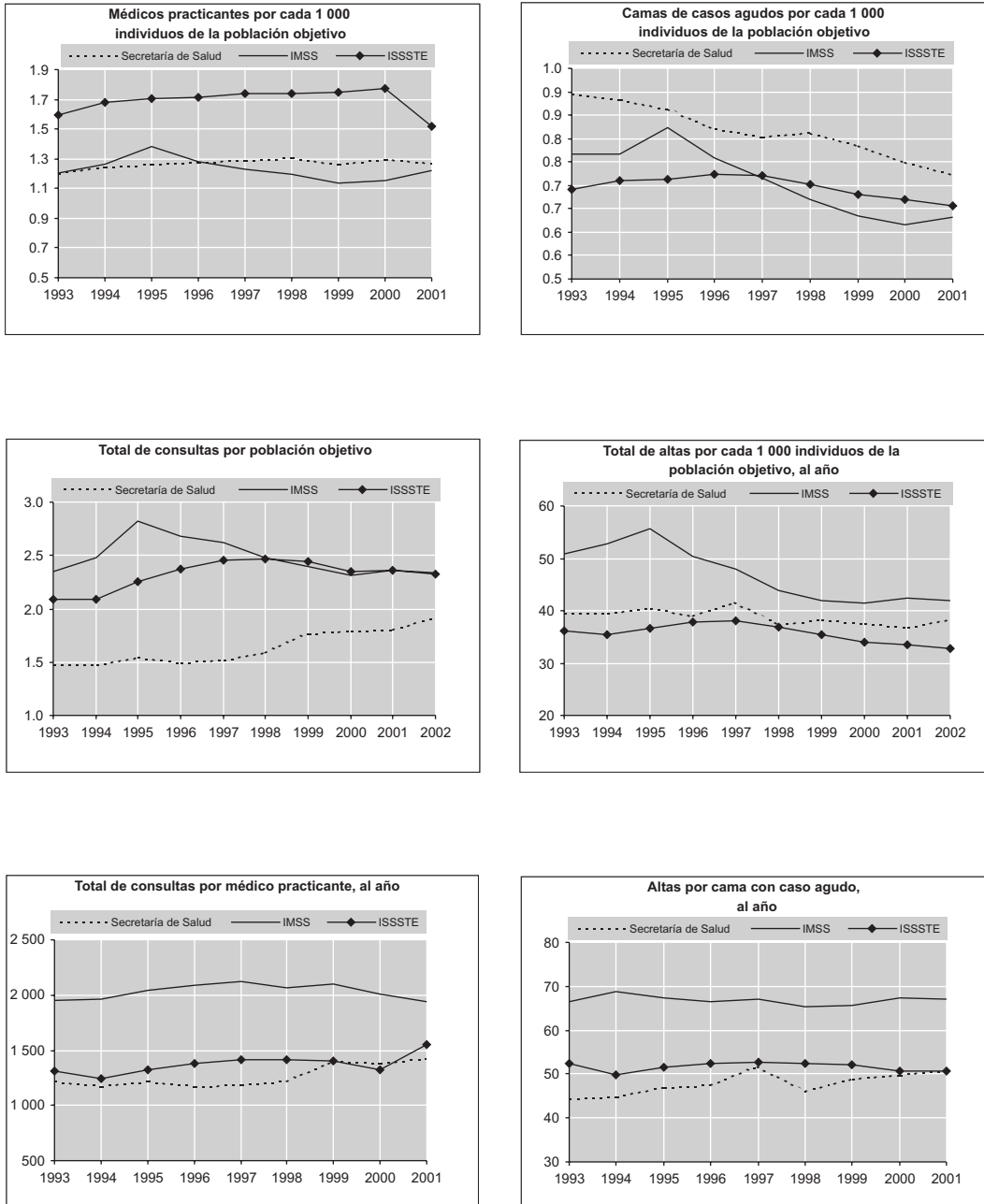
OECD (2004c) OECD Health Data 2004, 2a. edición.

Resulta difícil discernir si esto refleja una baja demanda o la falta de adecuación de la oferta. La demanda puede ser baja como resultado de la estructura de edad de la población, que es en comparación joven, y de los patrones asociados de enfermedad, las actitudes acerca de cuándo se debe consultar un médico y el grado en que los costos se comparten con los pacientes, por ejemplo, en el caso de los SESA. De forma alternativa, la baja intensidad de uso también podría ser indicio de un empleo ineficiente de recursos. Así, los niveles altos de gasto privado en servicios de salud podrían ser resultado de una filtración de demanda insatisfecha de servicios en el sector público.

Es probable que la importancia relativa de los factores de demanda y oferta varíe con la población objetivo y las instituciones que la atienden. La información con que se cuenta, aunque limitada, sugiere que la intensidad de uso podría ser mayor en el IMSS y en IMSS-Oportunidades que en las instalaciones de los SESA (Gráfica 2.8).²⁵ Por el lado de la demanda, esto podría ser reflejo de una edad promedio más avanzada, de niveles educativos mejores y de ingresos mayores de los asegurados, así como del hecho de que los servicios son gratuitos en el punto de prestación del servicio.²⁶ Con la mayor parte de la población asegurada concentrada en zonas urbanas, el acceso a las instalaciones de prestación de servicios también es más sencillo. Estas características, además del hecho de que cerca de una cuarta parte de miembros del IMSS (y del ISSSTE) prefiere los servicios privados, indican que el sistema de servicios de salud prestados por medio de la seguridad social podría estar restringido por el lado de la oferta, con un consecuente racionamiento implícito de los servicios.

La menor intensidad de uso de establecimientos del SESA puede ser reflejo de una menor demanda per cápita que surge como resultado de tener una población más joven, más pobre y menos educada que la población asegurada y de la cual una mayor proporción vive en zonas rurales (Gráfica 2.8 y nota 28).²⁷ No se estima que el copago por los servicios de la Secretaría de Salud sea alto en promedio (alrededor de 5 por ciento del ingreso de los prestadores de servicios, según se informa en Barraza *et al.*, 2002). Sin embargo, cerca de la mitad de los pacientes de los SESA que reciben atención ambulatoria, la mitad a los que se les realizaron análisis médicos y 80 por ciento de quienes recibieron tratamiento en hospitales, realizan algún pago (Banco Mundial, 2004b). Aunque se desconoce el grado de este copago, estos últimos son en general más altos para la población no asegurada, en especial en los grupos de menores ingresos; el copago tiene un impacto mucho mayor para la población no asegurada, dado que su ingreso promedio es más bajo (Gráfica 2.9). También es posible que exista cierta influencia de los factores de oferta en la intensidad agregada de uso de servicios de los SESA. La población no asegurada está más dispersa en las zonas rurales, de modo que la distribución geográfica de la oferta no siempre está en línea con las necesidades, en especial donde el servicio de transporte es deficiente. Las tasas de actividad aparentan ser más bajas en los hospitales más pequeños, que son más comunes entre los prestadores de servicios de la Secretaría de Salud que en el sistema de seguridad social (Hernández-Ávila *et al.*, 2002).²⁸ No obstante, los grupos de menores ingresos también utilizan de manera extensiva los servicios del sector privado, lo que indica que al menos algunos proveedores de los SESA enfrentan restricciones de capacidad o no responden a las necesidades de los pacientes (Gráfica 2.9).

Gráfica 2.8 Tendencias en la intensidad de uso de recursos por institución



Notas:

Sólo incluye a instituciones de servicios de salud del sector público.

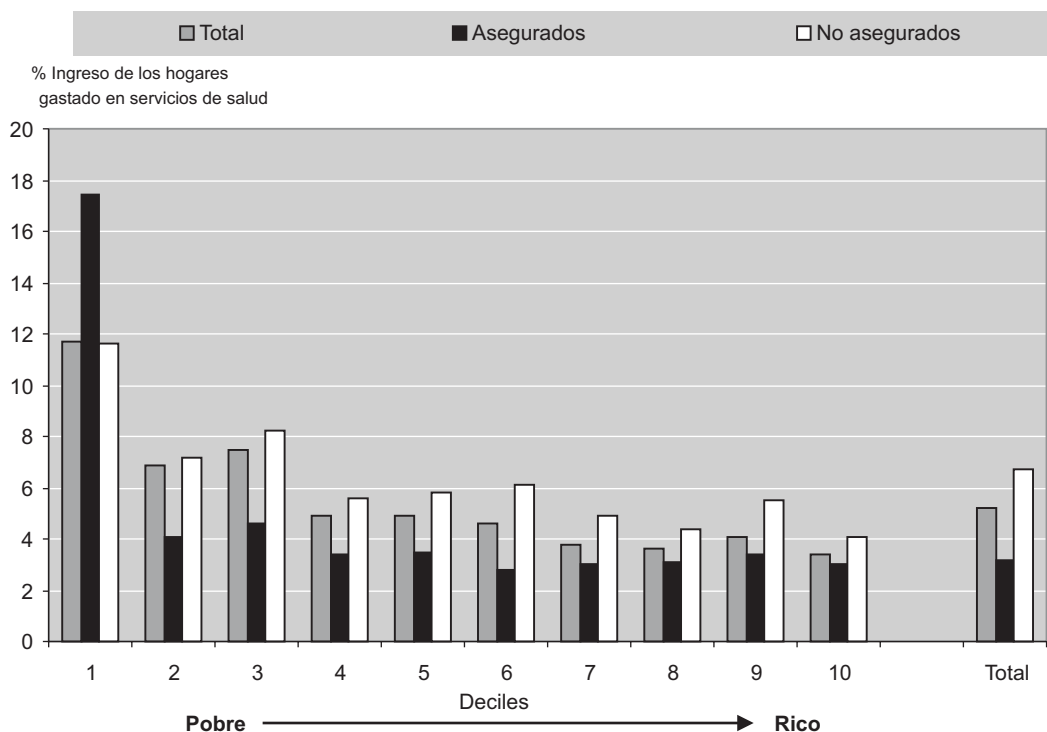
En médicos se incluye a todo el personal médico, practicantes y otros.

Fuentes:

Población no asegurada: estimación para población total basada en CONAPO (2004) *Proyecciones de la población de México 2000-2050*.

Población asegurada: INEGI (2000) *XII Censo General de Población y Vivienda 2000* y Secretaría de Salud (2004a) *Boletín de Información Estadística*. Varios años.

Gráfica 2.9 **Gasto en servicios de salud de los hogares por nivel de ingreso y condición de aseguramiento médico, 2002**



Notas:

El gasto en salud como proporción del ingreso de los hogares es calculado sobre bases anuales. La Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), 2000, esta Encuesta se levanta cada dos años y reporta el ingreso y gasto del tercer trimestre del año de aplicación.

El ingreso y gasto anual en salud se calcula para cada hogar como el ingreso y gasto trimestral multiplicado por cuatro. La proporción se calcula como el gasto total en salud por hogar dividido entre el ingreso total por hogar. Los hogares con gasto en salud mayor que cero se incluyen en la muestra.

Fuente:

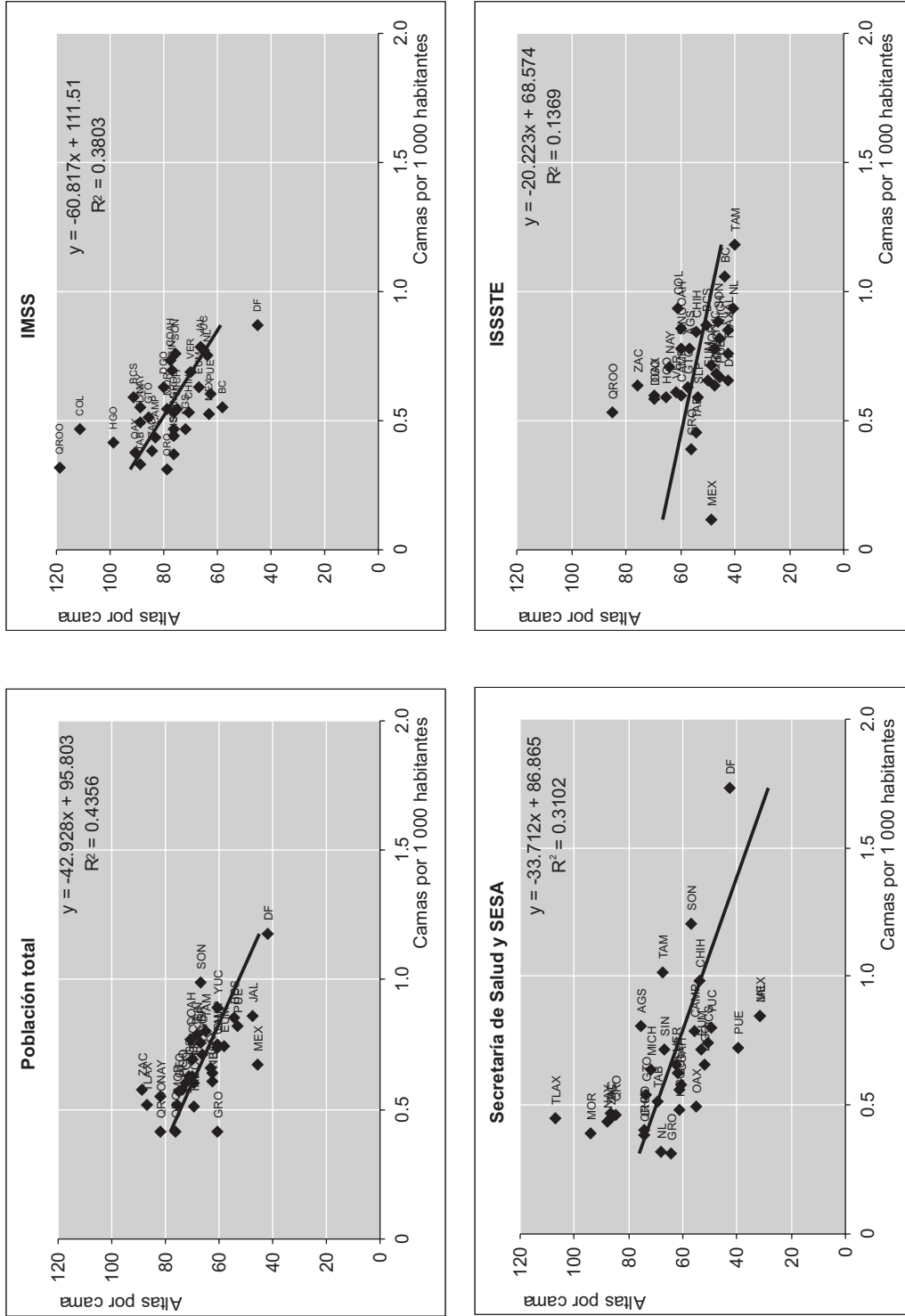
Banco Mundial (2004b) "Universal Health Insurance Coverage in Mexico: In Search of Alternatives". Grupo de Desarrollo Humano y Social, Región de América Latina y el Caribe, Oficina para México y Colombia.

2.3.2 Algunos indicadores de eficiencia

Las diferencias entre estados en relación con la intensidad de uso del sistema proporcionan algunas ideas acerca de la posibilidad de lograr ganancias en eficiencia. Como se destacó en párrafos anteriores, una de las principales características del sistema mexicano son las grandes diferencias en la oferta entre la zona norte, que es más rica, y el centro y el sur, que son más pobres. El número de médicos que ejerce en el sector público por cada 1 000 habitantes fluctúa entre 3.0 en el Distrito Federal y 0.8 en Chiapas, mientras que el número de camas de hospital per cápita va desde 2.3 hasta 0.8 (Cuadro 2.1). Los diagramas de dispersión (Gráfica 2.10) que yuxtaponen indicadores de oferta (como médicos por cada 1 000 habitantes) y de la intensidad de uso (como consultas por médico) entre estados muestran que, donde la oferta es menor, la intensidad de uso es mayor. Estos diagramas también muestran que existe una variación significativa entre instituciones y estados en la intensidad con la cual se utilizan estos recursos para cualquier nivel de oferta dado. Esto indica que hay cierto margen para aumentar la eficiencia mediante la mejora del desempeño de los estados y las instituciones más débiles. Más importante aún, se observan pocos cambios en el tiempo en estos indicadores, es decir, no se observa una mejoría significativa en las mediciones de eficiencia del uso de recursos durante la década pasada (Gráfica 2.8).

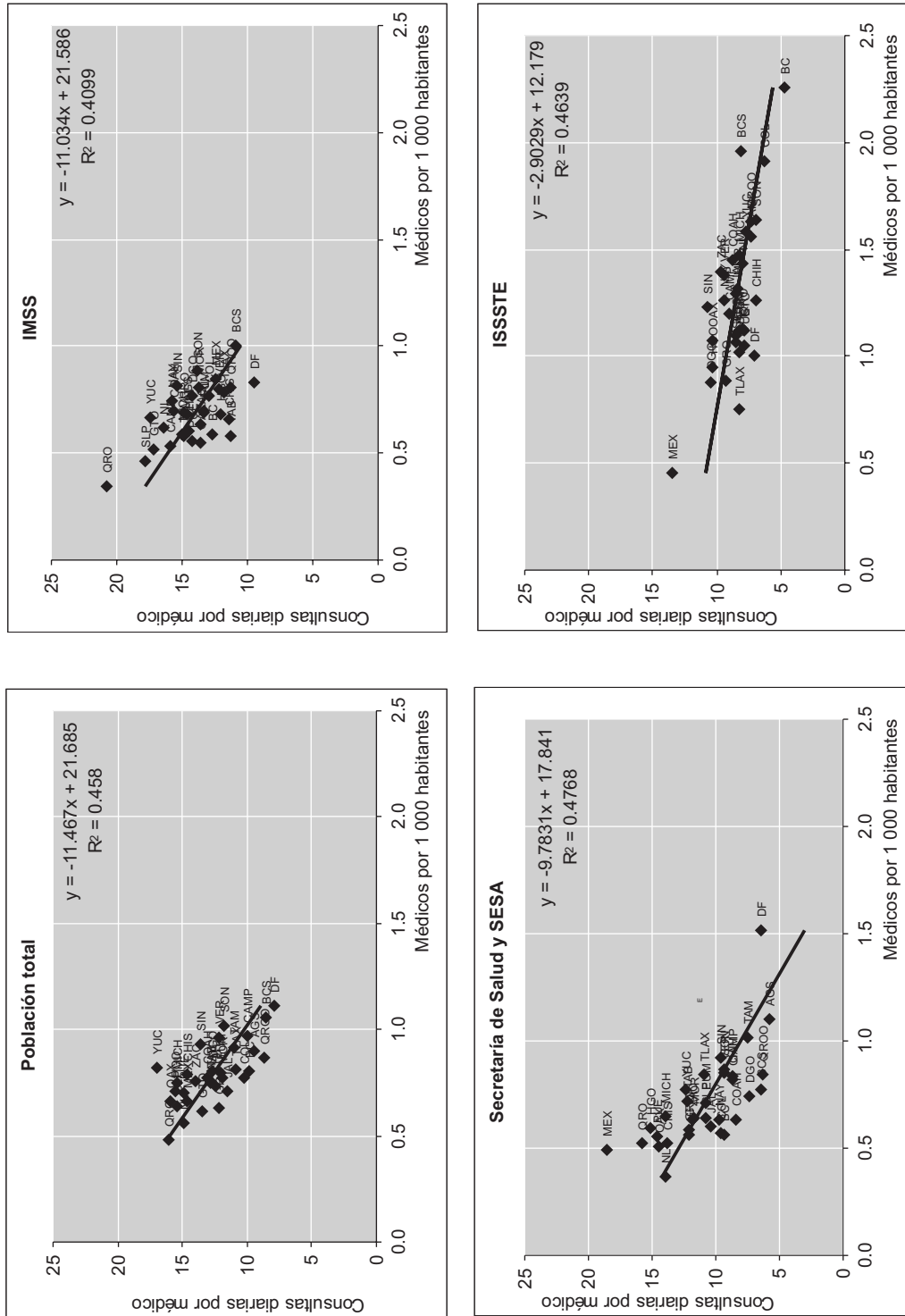
Gráfica 2.10 Recursos de salud e intensidad de uso por estado, 2002

a) Altas por cama vs. camas per cápita, al año



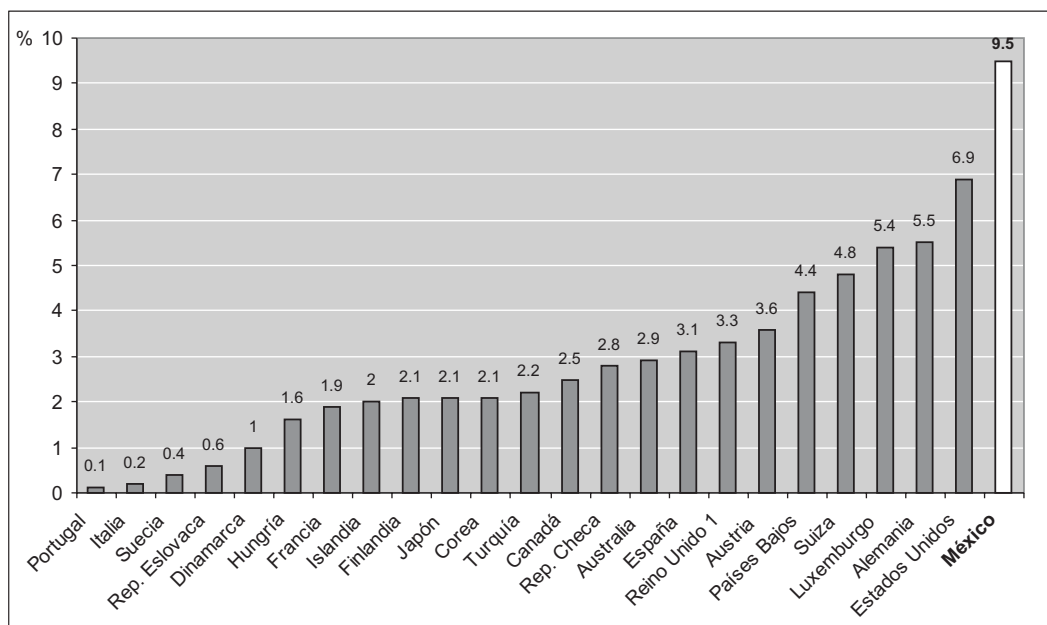
Gráfica 2.10 Recursos de salud e intensidad de uso por estado, 2002 (cont.)

b) Consultas diarias por médico vs. número de doctores por cada 1 000 habitantes



Fuente: Secretaría de Salud (2004a) Boletín de Información Estadística, 2002 (última versión revisada al mes de octubre de 2004).

Gráfica 2.11 **Proporción de gasto administrativo en el gasto total en servicios de salud en los países de la OCDE, principios de la década del 2000**



Nota:

¹ La cifra de Reino Unido corresponde a 1999.

Fuente:

OECD (2004c) OECD Health Data 2004, 2a. edición.

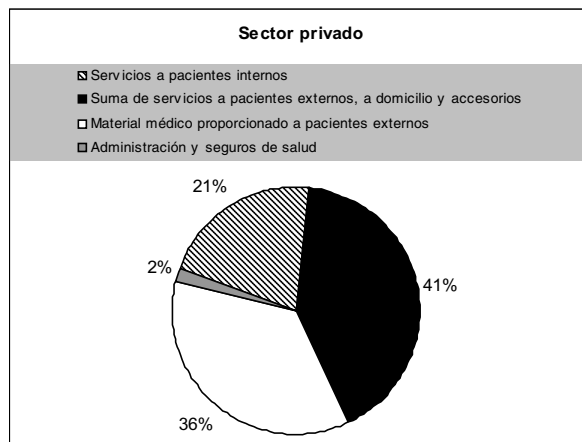
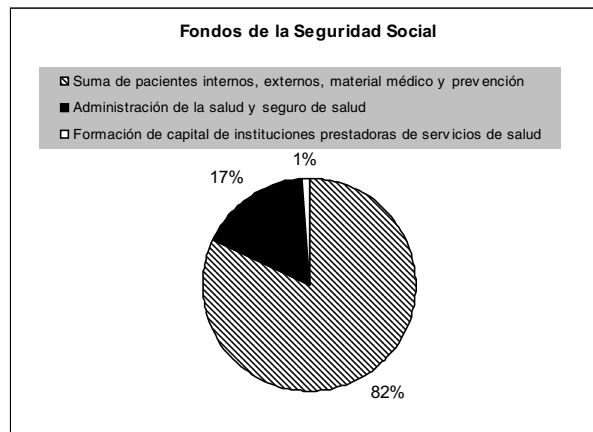
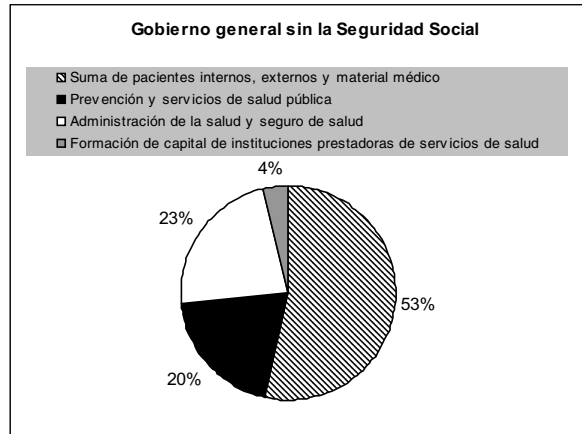
A pesar de que las diferencias en las definiciones entre países podrían debilitar la posibilidad de comparación internacional,²⁹ los datos disponibles sugieren que los costos administrativos (incluida la función de rectoría de la Secretaría de Salud) son altos incluso al compararlos con otros países con estructuras federales descentralizadas de los servicios de salud (Gráfica 2.11).³⁰ Es posible que esto refleje la multiplicidad de instituciones y prestadores y una pobre administración de recursos.³¹ Los datos para México indican que 23 por ciento del gasto total para la Secretaría de Salud y los SESA en conjunto, y 17 por ciento del sistema de seguridad social se dedican a administración y rectoría (Gráfica 2.12).³² El IMSS está intentando reducir los costos fijos y ha disminuido el personal administrativo en 10 300 elementos entre 2000 y 2003. Sin embargo, los contratos laborales podrían restringir la posibilidad de acelerar la reducción de los costos fijos entre empleados de menor nivel. En apenas 2 por ciento del gasto total, la inversión total parece ser baja para un país con un rezago importante en la demanda por servicios.

2.3.3 Factores institucionales que afectan la eficiencia

Coexistencia de varios aseguradores/prestadores de servicios integrados en forma vertical

Las diferencias en la eficiencia y equidad del sistema (ya sea entre México y otros países de la OCDE o entre estados) pueden ser, en parte, resultado de la forma en que los esquemas se organizan, financian y administran, aunque no es posible aislar la importancia de cada elemento. La posible presencia de un gran número de prestadores de servicios (que atienden a sus propias poblaciones objetivo) puede dar lugar a casos en los que un

Gráfica 2.12 Estructura de gasto en servicios de salud por sector de oferta



Notas:

Toda la información incluye gasto público y privado.

Los fondos de la Seguridad Social incluyen el gasto de IMSS, ISSSTE y PEMEX.

El sector privado incluye gasto de bolsillo correspondiente a prestadores de servicios privados.

El gasto relacionado con salud incluye el gobierno federal y estatal y las instituciones de la seguridad social.

Fuente:

Secretaría de Salud (2004d) Sistema de Cuentas Nacionales, cuenta de bienes y servicios 1995-2001.

exceso de demanda en las unidades de prestación de servicios de un asegurador coexista con exceso de oferta local en otras unidades.³³ Por ejemplo, la falta de convenios entre organizaciones puede significar que queden ociosos equipos especiales o quirófanos en algunos hospitales, mientras que en otros, no haya disponibilidad de estos recursos.

Existe un interés creciente por los convenios locales entre prestadores de servicios, aunque no se utilizan en forma extensa y a menudo tienen un alcance limitado. Las instituciones establecen convenios entre ellas, pero 70 por ciento de estos fueron del IMSS y el ISSSTE con los SESA por servicios para los asegurados que no tienen acceso sencillo a sus propios establecimientos y para servicios de salud mental. Sólo 20 por ciento tienen relación con la oferta recíproca de servicios. Estos convenios, en los casos en los que se presentan, a menudo no están definidos de manera correcta y, en especial, no se precisan los métodos de pago y los niveles de calidad. Desde 2003, la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE acordaron de manera formal garantizar que los convenios futuros de colaboración se ajusten a un marco común. Además, un elemento de la reforma del SPSS de 2003 permite a los estados establecer convenios entre ellos para optimizar el uso de servicios. Estos nuevos convenios se han utilizado poco a la fecha, como posible reflejo de la segmentación existente entre prestadores de servicios, la falta de una política nacional de establecimiento de precios de los servicios, los débiles incentivos para la introducción de contratos y la falta de familiaridad con los conceptos y su empleo entre las diversas instituciones. Los avances en este renglón se enfrentan con un problema más extenso que reside en la carencia de datos apropiados de costos para cada servicio de salud, aunque en época reciente el IMSS mostró progresos en este sentido.

El papel de la descentralización y desconcentración del control y la administración

Como probable reflejo del enfoque centralizado sobre las políticas de servicios de salud que prevaleció en México antes de la descentralización, se aplicó de manera uniforme la delegación de responsabilidades a los estados, a pesar de observarse niveles muy distintos de capacidad de gestión para los nuevos programas.³⁴ El fortalecimiento de las secretarías de salud de los estados ha sido progresivo, pero los avances han sido lentos en muchas de las zonas menos desarrolladas del país, en especial debido a que se ha contado con relativamente poca inversión en capacidad administrativa en la Secretaría de Salud y el sistema de hospitales.³⁵ Algunos de los estados más pequeños también han encontrado que es costoso mantener equipos para el diseño de políticas de salud. Así, las prácticas administrativas en algunos estados podrían haber copiado los severos controles federales que se establecían antes de la descentralización, y el manejo de los hospitales podría tener poca flexibilidad operativa o incentivos para responder a las necesidades locales. Además, las secretarías de salud de los estados enfrentan una serie de restricciones residuales que obstaculizan su capacidad para ejercer sus nuevos poderes. En primer lugar, aunque los empleados federales fueron transferidos a los estados, continúan sujetos a un contrato de trabajo federal que se negocia y gestiona de manera centralizada. Esto ha creado problemas entre los empleados estatales, que reciben un salario menor, y los antiguos empleados federales, que se benefician de mejores escalas de remuneración. Por último, IMSS-Oportunidades se mantiene como una organización aparte, financiada con fondos federales para los estados donde los servicios se descentralizaron en la década de 1990. Las responsabilidades y los mecanismos de organización y supervisión del programa no son claros. Debido a que los trabajadores en este programa están integrados ahora al contrato laboral del IMSS, que es más generoso, será más difícil intentar una reorganización futura de los sistemas de salud estatales que tome en cuenta todos los recursos disponibles.

A partir del 2000, en el IMSS se ha registrado cierto nivel de descentralización —o desconcentración— de la toma de decisiones a niveles administrativos inferiores. Así, se establecieron cuatro zonas médicas regionales y, en un nivel inferior, existen 27 delegaciones que supervisan una serie de clínicas de atención primaria (que tratan cerca de 85 por ciento de la demanda por servicios de salud), hospitales generales organizados en el nivel de zonas o regiones (12 por ciento de las necesidades) y hospitales de especialidades (3 por ciento). Los hospitales de tercer nivel cuentan ahora con control administrativo total. Aunque se pretende ampliar esto a otros niveles del sistema, estos cambios se introducirán de manera gradual. Por su parte, las delegaciones están recibiendo de manera progresiva el control sobre las adquisiciones de materiales y medicamentos. A la fecha, el centro controla sólo 4 por ciento del gasto total (IMSS, 2004). No obstante, los costos administrativos —que ascienden a 17 por ciento del gasto total— se mantienen muy altos, lo que sugiere la posibilidad de realizar ahorros importantes en este renglón.³⁶

Un objetivo de estos cambios dentro del IMSS era establecer una división más clara entre el aseguramiento y el financiamiento del sistema, por una parte, y de la oferta de servicios por otra. Aunque la autoridad central en la Ciudad de México ha tomado un papel más intenso en la supervisión y el control del sistema, en lugar de tomar decisiones administrativas detalladas, la Ley del Seguro Social (LSS) parece limitar la posibilidad de alcanzar un nivel mayor de descentralización. En lo relacionado con el aumento del control administrativo local, los expertos mexicanos en servicios de salud en general consideran que la capacidad administrativa es mayor en el sistema del IMSS y que esta institución parece haber tenido un éxito mayor en la puesta en marcha de nuevas herramientas de control financiero y administrativo. Sin embargo, no existe seguridad alguna de que los controles en el nivel regional permitan una flexibilidad operativa adecuada en el nivel del prestador de servicios. A pesar de la desconcentración, tampoco se puede asegurar que, al otorgarse mayor independencia, las unidades locales tengan la capacidad de cumplir esta función con eficacia. Las restricciones que imponen los convenios colectivos de trabajo pueden obstaculizar, y lo hacen, los intentos de los mandos administrativos para introducir medidas de mejoramiento de la productividad en el nivel de prestadores individuales.³⁷

Debilidad de los incentivos financieros

El sistema cuenta con pocos incentivos financieros para mejorar la eficiencia. Los hospitales y las clínicas de atención primaria siguen recibiendo pagos sobre la base de presupuestos fijos que, en general, tienen bases históricas. Esto representa un incentivo poco atractivo para aumentar la eficiencia y la calidad del servicio que reciben los usuarios: los pacientes que cambian de prestador de servicios porque no pueden recibir atención oportuna y de calidad contribuyen a reducir los costos para el hospital o la clínica, mientras que los esfuerzos de la administración para aumentar la productividad y mejorar la calidad de la atención pueden generar costos institucionales en forma de resistencia sindical. En la práctica, casi no se utilizan los mecanismos de pago prospectivo como los basados en los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), aún cuando se les reconoce ampliamente como métodos para mejorar los incentivos para los prestadores de servicios para aumentar la productividad.³⁸ Tampoco se consideran esquemas alternativos de pago en el nivel de clínicas ambulatorias, por ejemplo, que combinen la capitación con el cobro de cuotas por servicios o que otorguen recompensas salariales por cumplir con metas de cantidad o calidad.

Pero incluso si se introdujera un sistema prospectivo de pagos para determinar los presupuestos de los hospitales, la remuneración en casi todo el SNS se basa en el pago de salarios, lo que reduce los incentivos para aumentar el flujo de pacientes. Los incentivos también pueden debilitarse por el hecho de que los médicos adscritos a hospitales públicos por lo normal también ejercen en el sector privado para complementar sus salarios. Si los pacientes no logran recibir tratamiento satisfactorio y oportuno en el sector público, se inclinarán a buscarlo en el privado y, algunas veces, con el mismo médico. Esto podría fomentar la prestación insuficiente de servicios a los pacientes en el sector público para motivar el cambio al sector privado.³⁹

Problemas específicos de oferta

Las restricciones presupuestarias pueden limitar la capacidad para atender pacientes. El Sistema Nacional de Salud (SNS) se ha enfrentado con fuertes restricciones presupuestarias luego de las crisis sucesivas del peso. En vista de los niveles mucho más bajos de gasto per cápita para la población no asegurada, el sistema de SESA es el que quizá ha sufrido los efectos más intensos.⁴⁰ Las restricciones presupuestarias a menudo tienden a reflejarse en insumos distintos de la mano de obra. Como resultado, la capacidad de los servicios hospitalarios para tener un desempeño eficiente debido, por ejemplo, a la falta de fármacos o de material para llevar a cabo intervenciones, se pudo haber visto restringida. Algunos informes también indican que muchos hospitales carecen del equipo necesario y tienen material obsoleto y sin funcionar que necesita ser sustituido (NERA, 1998; OCDE 1998; Whitaker, 1999; y Cercone et al., 2001). Los problemas de oferta parecen en especial pronunciados para la población no asegurada en las zonas rurales, donde aún es difícil atraer y retener a los profesionales médicos o mantener un suministro oportuno de material médico. A pesar de los esfuerzos en algunos estados para explorar otros convenios contractuales, se cuenta con poco margen de maniobra para pagar una remuneración mayor que atraiga a los profesionales del sector hacia zonas remotas de prestación de servicios de los SESA debido a que las condiciones salariales y de empleo son establecidas en gran medida mediante contratos colectivos en el nivel nacional.⁴¹

Aunque se están realizando algunos progresos en este renglón,⁴² la falta de fármacos todavía es uno de los rubros de mayor insatisfacción de los pacientes en las clínicas u hospitales de los SESA y es la razón clave para la erogación de niveles altos de gasto de bolsillo por parte de los grupos de bajos ingresos (Torres y Knaul, 2003).⁴³ Estos problemas de suministro surgen de esquemas ineficientes y centralizados en exceso para la compra y distribución de fármacos y material médico. Hasta la reciente descentralización a los estados, estos esquemas eran manejados por la Secretaría de Salud federal. Es posible que la descentralización posterior haya mejorado la situación en algunos estados. Sin embargo, en otros, los hospitales y las clínicas de atención primaria no siempre cuentan con los medicamentos u otros materiales que se requieren para tratar a los pacientes.

Como se destacó, las comparaciones internacionales muestran un mayor número de médicos y personal de enfermería en relación con el número de camas de hospital y un menor número de personal de enfermería en relación con el de médicos (Cuadros 1.8 y 2.9). El hecho de que estas proporciones hayan permanecido prácticamente sin cambio en el tiempo puede ser reflejo de las prácticas presupuestarias que fijan el número de plazas. Sin embargo, también es indicio de la falta de análisis de distintas combinaciones de aptitudes para liberar recursos calificados escasos; a pesar del hecho de que existe una oferta

considerable de personal de enfermería disponible, mucho del cual en la actualidad no ejerce en el sector salud (Ruiz et al., 2003) (Cuadro 2.8).

Por último, la eficiencia del sistema —en especial en el sector de hospitales de la Secretaría de Salud y los SESA— también puede verse afectada por la falta de cumplimiento de los lineamientos de referencia de pacientes. Es posible que los pacientes logren eludir del todo al sector de atención primaria al solicitar tratamiento especializado en las salas de urgencias, mientras que muchos hospitales no imponen la necesidad de que el paciente sea canalizado por un médico de atención primaria. Lo anterior impone cargas pesadas a los departamentos de consulta externa de los hospitales de segundo y tercer nivel y puede explicar en parte los reducidos tiempos de espera para las consultas de servicios ambulatorios. Las políticas de referencia de pacientes que controlan el acceso a los hospitales de segundo y tercer nivel parecen cumplirse más estrictamente en el IMSS.

2.4 La sustentabilidad del gasto en servicios de salud

Los esfuerzos para aumentar la cobertura y diseñar la sustitución del gasto de bolsillo por el gasto público se ven obstaculizados por el entorno fiscal actual y la falta de consenso sobre la reforma tributaria. En un horizonte de mediano plazo, la expansión de la cobertura del aseguramiento médico por medio del programa del Seguro Popular (SP) requerirá la reasignación de otros programas de subsidios o de aumentos en impuestos. En el largo plazo, el financiamiento del sistema de salud se verá presionado como resultado de dos impactos adicionales: i) el déficit actuarial en los sistemas de pensiones de los trabajadores del sector público, y ii) el impacto más general del envejecimiento de la población sobre la demanda de servicios de salud. En esta sección se analizan estos tres temas.

2.4.1 El entorno fiscal general y la distribución de recursos a los estados

Una característica clave del entorno actual de política en México se relaciona con los bajos niveles tanto del gasto gubernamental como de la recaudación tributaria (OECD, 2004b). En 2002, el gasto del gobierno general sólo ascendió a 20 por ciento del PIB, lo que lo convierte en uno de los niveles más bajos de la zona de la OCDE. Cerca de una tercera parte del gasto existente se canaliza hacia el pago de derechos reconocidos o de intereses sobre la deuda pública, es decir, está determinado por convenios existentes de reparto de ingresos con gobiernos estatales y locales o por los niveles de endeudamiento, por lo que no es sencillo trasladarlo a nuevos programas.⁴³ Dado el tamaño de los pasivos relacionados con los programas de apoyo a bancos y deudores, los esquemas de inversión con pagos diferidos (y la ley reciente que canaliza más fondos hacia la educación), el gobierno no tiene prácticamente margen de maniobra para aumentar el déficit del sector público. Asimismo, se han establecido salvaguardas específicas para impedir que ciertos hechos económicos socaven la consolidación fiscal. Los cambios cíclicos en los ingresos tributarios o en el ingreso petrolero son motivo de ajustes automáticos en los presupuestos de las secretarías. Como consecuencia, las autoridades tienen poco espacio para realizar aumentos autónomos en el gasto en servicios de salud.

Los recursos de los servicios de salud para la población no asegurada están distribuidos de manera deficiente entre los estados. Las limitaciones de la capacidad tributaria en los estados significan que el nivel general de recursos disponibles para prestar servicios a la población no asegurada se han determinado en gran medida por las transferencias que

realiza el gobierno federal. Como ya se destacó, las transferencias etiquetadas siguen determinadas casi en su totalidad por los patrones históricos de las asignaciones presupuestarias al momento de la descentralización. Casi ninguna de estas transferencias se asignó sobre la base de las necesidades de servicios de salud, aunque los estados más pobres sí recibieron cierto monto de financiamiento federal adicional por medio de otros canales y programas (Merino, 2003). Algunos estados han complementado las transferencias federales con recursos estatales adicionales y, debido a que esto se ha presentado en su mayor parte en entidades con economías sólidas (y que también cuentan con una proporción mayor de la población afiliada a la seguridad social), las desigualdades tendieron a aumentar aún más en términos del financiamiento general de los servicios de salud en el país. De igual manera, los cambios en la asignación de recursos en el FASSA no han sido de manera necesaria en favor de los estados con los niveles de desarrollo más bajos (Moreno, 2001).

2.4.2 La salud financiera de las instituciones de la seguridad social

Debido a que el empleo formal representa en la actualidad cerca de tres cuartas partes de la fuerza laboral, la cobertura de los recursos y los servicios de salud podría aumentar si una mayor proporción de la fuerza laboral hiciera aportaciones. Esta proporción ha crecido en comparación con las épocas de las crisis del peso de las décadas de 1980 y 1990, como reflejo en parte de las reformas realizadas al IMSS en 1997 que redujeron las tasas contributivas. Las reglas para garantizar que las empresas declaren a sus empleados se fortalecieron con las reformas realizadas en 2001 y 2002 (IMSS, 2003a). No obstante, una serie de factores estructurales subyacentes en el mercado laboral puede complicar la ampliación de la proporción de los servicios financiada por las aportaciones a la seguridad social en el supuesto de que las políticas no cambien (OECD, 2004b).⁴⁵ Más aún, incluso con la ampliación del sistema de seguridad social, las autoridades necesitarán buscar todavía otras fuentes de financiamiento para la población no asegurada por medio de reasignaciones presupuestarias o de reformas tributarias.

En general, el sistema de financiamiento del IMSS está cerca del equilibrio si se abstrae el déficit actuarial con respecto a los pasivos del sistema de pensiones (Recuadro 2.5). Sin embargo, las aportaciones actuales de los empleados del ISSSTE sólo cubren cerca de tres cuartas partes del gasto total, lo que deja un déficit de alrededor de una cuarta parte de punto porcentual del PIB para ser financiado por el presupuesto federal.⁴⁶ Tanto el IMSS como el ISSSTE están enfrentando ya aumentos en los pagos de pensiones. Ante la ausencia de reformas, se tiene proyectado que estas presiones aumenten a medida que venza el plazo de pago de pasivos no previstos por concepto de pensiones. Estos pasivos deberán ser financiados mediante aumentos sustanciales en las tasas contributivas, por medio de transferencias del gobierno federal al sistema de seguridad social (ISSSTE, 2003; IMSS, 2004) o de una reducción de los recursos disponibles para prestar servicios de salud a sus miembros. Los programas para ampliar la cobertura de los servicios de salud como el SP deberán competir con estas crecientes demandas sobre los recursos generales del gobierno.

2.4.3 El impacto del envejecimiento de la población en los costos de los servicios públicos de salud: estimaciones hasta 2050

Sobre la base de los datos recibidos de las autoridades mexicanas, el Secretariado de la OCDE ha elaborado escenarios de gasto en servicios públicos de salud hasta 2050, con la

Recuadro 2.5 **La situación financiera del IMSS y del ISSSTE**

Luego de las reformas realizadas entre 1995 y 1997, el sistema de pensiones para empleados del sector privado que cubre el IMSS se basa en un esquema de cuentas individuales (véase Queisser, 1999). Los empleados del sector público que cubre el ISSSTE (que abarca a casi la mitad del total de empleados del sector público) y los empleados del IMSS conservaron los esquemas de prestaciones más generosos, financiados en buena medida por medio de un sistema de reparto.

Al tomar en cuenta los ingresos corrientes (las aportaciones de empleadores y trabajadores y las subvenciones del gobierno) y el gasto directo, el IMSS registró un pequeño superávit en 2003. Sin embargo, una vez que se tomó en consideración el costo imputado de los derechos de pensiones acumulados el año precedente así como otros ajustes, el sistema se encontró con un déficit de 15 por ciento de los ingresos. Casi el total de este monto se atribuyó al seguro de salud, como reflejo del hecho de que la mayor parte de los empleados del IMSS trabaja en el sector de prestación de servicios de salud. Las proyecciones muestran un incremento marginal en el déficit a 17 por ciento en el plazo que termina en 2006. Por su parte, las cuentas del ISSSTE para 2002 reflejan un déficit sustancial, pero los ingresos sólo toman en cuenta las contribuciones de los empleados. Antes de la reforma, se estimaba que el déficit actuarial asociado con el sistema de reparto en el ámbito de las pensiones ascendía a entre 5 y 6 por ciento del PIB para los empleados del IMSS y entre 36 y 52 por ciento del PIB para el ISSSTE entre 2002 y 2003.¹

Antes de la aprobación de las reformas recientes, las prestaciones por jubilación eran generosas y, para los trabajadores del IMSS, generosas en extremo. Así, los trabajadores del IMSS tenían la posibilidad de anticipar su retiro contando con su pensión luego de 27 años de servicio para las mujeres y de 28 para los hombres, sin una edad mínima para jubilarse. Los ritmos de sustitución son del orden de 130 por ciento del último salario (que incluye prestaciones y bonos). Los trabajadores alcanzan el mínimo requerido de años de trabajo a una edad promedio de 53 años, momento en el cual pueden esperar recibir su pensión durante, en promedio, 20 años, mientras que las prestaciones para el cónyuge por viudez y los hijos pueden ampliar el periodo de pago aún más. Las pensiones aumentan en línea con los salarios de los trabajadores del IMSS. Por su parte, el sistema de pensiones del ISSSTE, con tasas de sustitución de 70 por ciento para un empleado tipo, es menos generoso que el del IMSS, pero tiene implicaciones fiscales mayores debido a que, como se destacó, cubre a la mitad de todos los trabajadores del sector público y no sólo a los de los servicios de salud que presta la institución.

Las reformas propuestas al régimen de pensiones del IMSS para los empleados y pensionados actuales se han estado discutiendo durante cierto tiempo. Hace poco, el Congreso reformó las leyes que rigen los convenios de pensiones del IMSS para sus propios empleados (el Régimen de Jubilaciones y Pensiones, RJP). Las reformas impiden que estas pensiones se financien a partir del superávit de otros fondos de aseguramiento del IMSS. Las prestaciones de jubilación para los nuevos trabajadores estarían alineadas con los convenios para los empleados del sector privado que cubre el

Recuadro 2.5 La situación financiera del IMSS y del ISSSTE (cont.)

IMSS, pero con un monto mayor de pensión que el que recibirían los trabajadores del sector privado.² No obstante, las propuestas que se discuten actualmente entre las autoridades del IMSS y los sindicatos implican en gran medida una protección de las prestaciones existentes para los trabajadores y jubilados actuales. Esto estaría acompañado de un aumento en las tasas de contribución de la fuerza laboral en 12 puntos porcentuales de los salarios (repartidos a lo largo de 12 años para financiar las pensiones). Mientras que un aumento en las contribuciones debería reducir de manera sustancial el costo neto de financiamiento de las pensiones para trabajadores existentes, es probable que persistan algunas presiones del RJP sobre la capacidad del IMSS para proveer atención médica (IMSS, 2004).

1. Las estimaciones del *Sphere Institute* y la Universidad Iberoamericana (2004) sugieren que el pasivo actuarial para el sector público en conjunto podría ser del orden de 85 por ciento del PIB (a una tasa de descuento de 4 por ciento) del cual 75 por ciento es responsabilidad de las autoridades federales.
2. Todos los nuevos empleados del IMSS estarán cubiertos por una cuenta individual de retiro en la modalidad de capitalización en línea con el sistema que ya funciona para los empleados privados (AFORES) que comenzó a principios de la década de 1990, aunque las prestaciones serán más generosas. Por ejemplo, la pensión para alguien que ha trabajado hasta los 65 años de edad no sería menor de 7.5 veces el salario mínimo, pero no puede ser mayor que el salario base. Aún se está discutiendo la posibilidad de incluir prestaciones adicionales y su extensión.

metodología que se emplea en la actualidad en la OCDE y en la Unión Europea. Estas estimaciones proporcionan ciertos órdenes de magnitud para los costos fiscales del envejecimiento de la población. En el Recuadro 2.6 se presentan los supuestos y la metodología.

Recuadro 2.6 Proyecciones de gasto público en servicios de salud hasta 2050

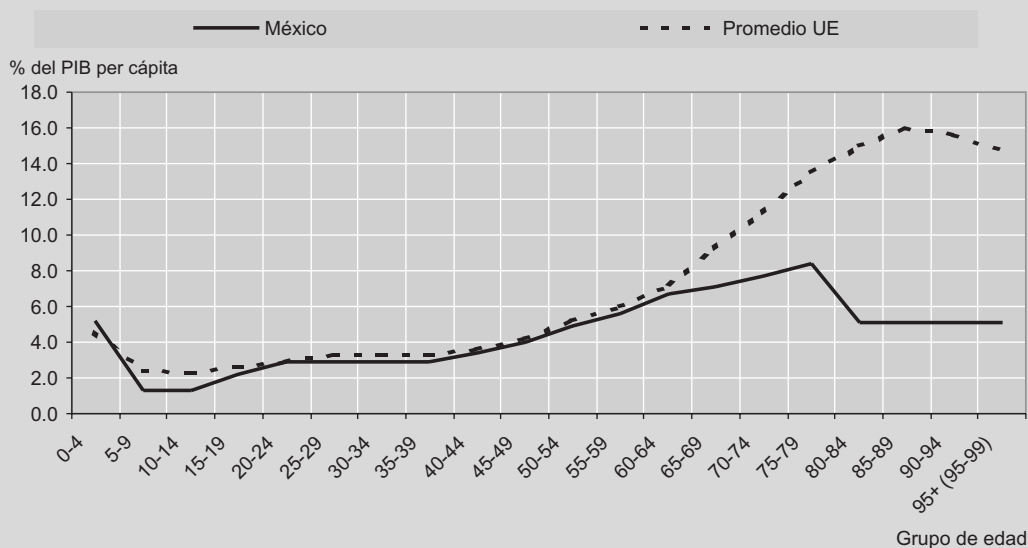
El método para proyectar el gasto público en salud a largo plazo que se presenta aquí utiliza el procedimiento que se empleó en cerca de 20 países de la OCDE en 2001 y 2003 y se describe en Dang et al. (2001), y Bains y Oxley (2004). En términos sencillos, estas proyecciones suponen que los costos de los servicios de salud como proporción del PIB son en esencia determinados por la estructura de edades cambiante de la población. La estimación para el año base se establece multiplicando el número de personas por el costo promedio anual de los servicios de salud por persona en cada grupo de edad, para luego sumar estos productos entre grupos de edad. Esta estimación de costos totales de salud se multiplicó por un coeficiente, para que el gasto estuviera en línea con el gasto público en servicios de salud que aparece en las cuentas nacionales en el año base, en este caso 2003.

Con base en proyecciones de CONAPO de la población hasta 2050 (CONAPO, 2004) se calculó el gasto para cada año hasta esa fecha, se supuso que los costos de los servicios de salud per cápita en cada grupo de edad permanecían sin cambio en el tiempo. En este caso, sólo la estructura de edad asociada al gasto tiene un impacto sobre los costos de los servicios de salud y el tamaño de este efecto dependerá de la diferencia en los costos de los servicios de salud entre los jóvenes y los grupos de

Recuadro 2.6 Proyecciones de gasto público en servicios de salud hasta 2050 (cont.)

edad avanzada. En este contexto, las autoridades mexicanas estiman que los costos per cápita de los servicios de salud por grupo de edad no se elevan de forma tan marcada con la edad cuando se les compara con otros países de la OCDE, lo que quizá es reflejo de un nivel mucho más bajo de utilización de medicina de alta tecnología (Gráfica 2.13).¹ Se estima que el costo de las personas en los grupos de edad de 65 años o más es cerca de 1.7 veces el costo del grupo de entre 15 y 64 años de edad, en comparación con 3.8 veces para un promedio de 11 países de la Unión Europea miembros de la OCDE. Con esto se garantiza que el impacto del envejecimiento de las poblaciones sobre los costos de los servicios de salud en México sea de manera notable menos marcado que en la mayoría de los demás países de la OCDE.

Gráfica 2.13 Costos de los servicios públicos de salud por grupo de edad en México y en países de la Unión Europea, 2003



Notas:

En países de la Unión Europea (UE) se incluye a Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Italia, Países Bajos, España, Suecia y Reino Unido.

Fuente:

OCDE cálculos basados en CONAPO (2004) *Proyecciones de la población de México 2000-2050*.

Estas proyecciones se presentan en relación con el PIB, lo que proporciona una medida de la capacidad del sistema para financiar el cambio en los costos de los servicios de salud, al suponer que la base tributaria y los ingresos tributarios aumenten en línea con el PIB. Las estimaciones del PIB que se presentan aquí se elaboraron con base en el crecimiento del empleo y la productividad. El empleo se establece multiplicando la población por grupo de edad y por las tasas de participación correspondientes por edad que se estiman en Burniaux *et al.* (2003). Estas proyecciones de tasas de participación se estiman por grupo con tasas generales de participación que convergen de manera progresiva con las tasas en el grupo más lejano por grupo de

Recuadro 2.6 **Proyecciones de gasto público en servicios de salud hasta 2050** (cont.)

edad en los primeros años de la década en curso. Por ende, no suponen que se equiparen las tasas de participación en el tiempo para las mujeres con países de participación alta como Estados Unidos y Suecia: para 2050, se espera que las mujeres mexicanas muestren tasas de participación de entre 50 y 60 por ciento, en comparación con más de 80 por ciento en Suecia. Por su parte, se supuso que la tasa de desempleo permanecería en su nivel de principios del periodo (3 por ciento). La tasa de crecimiento de la productividad se estableció en 1.75 por ciento anual (como en la proyección previa de la OCDE) y se supuso que los salarios en el sector salud y la economía en su conjunto se elevarían en consecuencia. Esto supone en forma implícita que la proporción de los salarios permanece casi constante en el tiempo. Debido a que el gasto en servicios de salud y el PIB están indizados al crecimiento en la productividad, la tasa de crecimiento de la productividad que se elija no tiene impacto en los resultados.

El marco de proyección para México supone la presencia de cuatro conjuntos distintos de organismos que realizan pagos: el IMSS, el ISSSTE, otras entidades que prestan servicios de seguridad social, como PEMEX, y la población no asegurada que cubren los prestadores de servicios de la Secretaría de Salud y los SESA. Sobre la base de los datos proporcionados por las autoridades, el gasto per cápita por persona “cubierta” por el seguro o los servicios de los cuatro tipos de prestadores difiere de manera sustancial (Cuadro 1.5). Se supone que los costos relativos por edad e institución y el tamaño relativo de los cuatro grupos permanecieron constantes en el tiempo.

Nótese que estas proyecciones no toman en cuenta el impacto potencial de la extensión en los años de vida sobre el costo de los servicios de salud. En una serie de estudios recientes (véase Bains y Oxley, 2004 para un panorama descriptivo) se muestra que una gran proporción de costos de servicios de salud a lo largo de la vida se presentan en los dos años previos a la muerte. Si se supone que el costo de los servicios alto entre la población de edad avanzada refleja el número de muertes, debido a que los costos de los servicios alcanzan su máximo en el periodo previo a la muerte, el incremento proyectado en la expectativa de vida promedio al nacimiento, de siete años durante el plazo hasta 2050, podría llevar a aumentos más lentos en los costos de los servicios de salud de lo que se ha proyectado en estos estudios, pues estos costos “relacionados con la muerte” se confinan aún más hacia el futuro.

1. Tanto para Francia como para Estados Unidos, los aumentos en el gasto en servicios de salud por grupo de edad se concentran entre la población de edad avanzada. Esto parece reflejarse en un uso más intensivo de la medicina de alta tecnología.

Las proyecciones de población que realiza el CONAPO apuntan hacia una reducción de la fertilidad hasta mediados de esta década, a partir de lo cual se estabiliza en un nivel un poco menor que los niveles de sustitución (Cuadro 2.10) (CONAPO, 2004). Las expectativas promedio de vida aumentan siete años a lo largo del periodo analizado (hombres y mujeres combinados). Como resultado, y hasta alrededor 2030, la población mayor de 65 años de edad crece aproximadamente 4 por ciento anual en comparación con el crecimiento cercano

Cuadro 2.10 El gasto público en servicios de salud en México: proyecciones hasta 2050

| Proyecciones ¹ | Tasa de crecimiento promedio | | | | | | | | | |
|---|------------------------------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------------------|--|
| | 2000 | 2003 | 2010 | 2015 | 2020 | 2030 | 2040 | 2050 | 2003-2050 | |
| Base | 2.58% | 2.75% | 2.60% | 2.54% | 2.56% | 2.69% | 2.91% | 3.14% | 0.39% | |
| Simulación 1: Patrón europeo de gasto por edad, y gasto promedio per cápita de México | 2.58% | 2.75% | 2.61% | 2.56% | 2.60% | 2.82% | 3.17% | 3.57% | 0.82% | |
| Simulación 2: Costo base del SPSS | 2.58% | 2.75% | 3.29% | 3.20% | 3.22% | 3.37% | 3.62% | 3.89% | 1.14% | |
| Simulación 3: Patrón europeo de gasto por edad y gasto promedio per cápita alcanzando de manera progresiva niveles europeos para 2050 | 2.75% | 2.75% | 2.68% | 2.68% | 2.76% | 3.11% | 3.67% | 4.45% | 1.70% | |
| Supuestos fundamentales de población | | | | | | | | | | |
| (crecimiento porcentual y tasas por 1 000 habitantes) | | | | | | | | | | |
| Tasa de mortalidad infantil | 23 | 21 | 15 | 13 | 11 | 8 | 6 | 5 | -17.9 | |
| Tasa global de fertilidad (bruta) promedio de la década | | | 2.1 | 1.9 | 1.9 | 1.9 | 1.9 | 1.9 | -0.3 | |
| Tasa de mortalidad (bruta) promedio de la década | 74.0 | 74.8 | 76.6 | 77.6 | 78.5 | 79.8 | 80.7 | 81.3 | 4.9 | |
| Esperanza de vida promedio (hombres y mujeres al nacer) | 71.6 | 72.4 | 74.2 | 75.2 | 76.1 | 77.5 | 78.4 | 79.0 | 7.3 | |
| Esperanza de vida al nacer, hombres | 76.5 | 77.4 | 79.1 | 80.0 | 80.9 | 82.1 | 83.0 | 83.6 | 7.1 | |
| Tasas de crecimiento promedio durante la década terminada en los años indicados | | | | | | | | | | |
| Población total | | | 1.4% | | 1.0% | 0.5% | 0.1% | -0.2% | -0.016 | |
| Población entre 20 y 64 años de edad | | | 2.2% | | 1.4% | 0.4% | -0.1% | -0.5% | -0.026 | |
| Población de 65 años de edad o más | | | 3.7% | | 4.1% | 4.4% | 3.5% | 2.3% | -0.014 | |
| Tasa de dependencia por edad (pob 65+/pob 15-64) | 7.5% | 7.9% | 9.0% | 10.24% | 12.2% | 18.2% | 26.2% | 34.8% | 27.3 ² | |
| Tasa de dependencia total (pob 0-15 + pob 65+)/(pob entre 15-65) | 61.4% | 57.3% | 48.6% | 45.60% | 45.0% | 48.5% | 54.1% | 62.0% | 0.6 ² | |

Notas:

Tasa de mortalidad infantil se define como el número de muertes antes de un año de edad por cada 1 000 nacidos vivos.

Tasa global de fertilidad (definida por CONAPO) mide el número promedio de niños que una mujer puede dar a luz durante su vida reproductiva.

Tasa de mortalidad por 1 000 habitantes.

¹ Escenario base estima la oportunidad de gastar bajo el supuesto de que el costo relativo per cápita por grupo de edad en 2003 (como se define por las autoridades mexicanas y se muestra en la Gráfica 2.13) se mantiene constante en 2050.² Simulación 1: estima el cambio en el gasto a 2050 bajo los supuestos de: i) una amplia diferencia entre el costo per cápita de los pacientes jóvenes y pacientes mayores (basado en datos de costos por grupo de edad de una serie de países europeos a principios de la década de 1990, ver Gráfica 2.13) y ii) que el costo promedio per cápita entre todos los grupos de edad se mantiene igual como en el escenario base. Esta simulación muestra el impacto de los costos relativamente altos de los mayores sobre un gasto proyectado.

Simulación 2: asume, en adición al escenario base, un incremento en el costo promedio per cápita en salud para no derechohabientes alcanzado el nivel promedio actual de los derechohabientes para 2010.

Simulación 3: asume, en adición a la amplia diferencia en los costos relativos per cápita por grupo de edad usado en la Simulación 1, que el costo promedio en salud (relativo al PIB per cápita) por grupo de edad se incrementa alcanzando de manera progresiva los niveles de países europeos en 2050.

Fuente:

OCDE: cálculos basados en CONAPO (2004) Proyecciones de la población de México 2000-2050.

a 1 por ciento de la población total. No obstante, el continuo crecimiento de la población en edad de trabajar durante el primer cuarto de siglo compensa este impacto y la tasa de dependencia se eleva de 9.1 por ciento en 2000 a cerca de 20 por ciento en 2030. Sin embargo, se observa un crecimiento sustancial en la tasa de dependencia a partir de ese momento conforme el crecimiento de la población en edad de trabajar se desacelera de manera marcada y la tasa de dependencia se eleva a poco menos de 40 por ciento para 2050. Este aumento es menos marcado que para la mayoría de los países europeos y la tasa total de dependencia (que incluye a niños entre 0 y 14 años de edad) sigue para efectos prácticos, sin cambio entre el principio y el fin del periodo.

Este marco de simulación de política sugiere que el impacto del envejecimiento de la población tiene poca probabilidad de ser tan fuerte en México como en otros países de la OCDE. Los resultados clave son los siguientes (Cuadro 2.10).

- Debido a que la población muestra una estructura de edad joven, el empleo crece con más rapidez que la población hasta alrededor de 2040, bajo el supuesto de que los nuevos entrantes a la fuerza de trabajo encuentren empleos. Esto, combinado con la diferencia relativamente reducida en el gasto en servicios de salud entre personas jóvenes y de edad avanzada (al compararla con los países de la Unión Europea), sugiere que, con todo lo demás constante, el gasto público en servicios de salud sólo se elevará en 0.5 por ciento del PIB en el plazo que termina a mediados del siglo, con casi todo este incremento dándose en la segunda mitad del periodo (Cuadro 2.10, base). El aumento sería más marcado si la fertilidad se redujera más, o la esperanza de vida aumentara más, de lo que suponen las proyecciones de población de CONAPO. De aquí que, si es posible lograr las condiciones de crecimiento acelerado y mayor empleo, el aumento en el envejecimiento de la población no parece ser un problema importante para financiar los costos futuros de los servicios públicos de salud en México.
- Sin embargo, estos resultados optimistas podrían ser reflejo de los efectos de las estimaciones de los costos de los servicios de salud por grupo de edad en México. Como se destacó, las diferencias entre personas jóvenes y de edad avanzada son mucho más reducidas que las estimadas para países de la Unión Europea (Gráfica 2.13). A fin de evaluar la importancia de la ampliación en las diferencias entre edades, se recalcularon las proyecciones imponiendo los costos relativos de los servicios de salud por grupo de edad de la Unión Europea (Cuadro 2.10, simulación 1).⁴⁷ Pero el costo promedio per cápita de los servicios de salud para el total de la población se mantuvo constante. Esto llevó a una estimación del aumento en el gasto en servicios de salud de alrededor de entre 0.75 y 1 por ciento del PIB, lo que no resulta alejado de las proyecciones promedio para Europa pero es menor que para algunos países que están envejeciendo de manera acelerada, como Alemania e Italia (Bains y Oxley, 2004). Así, los modestos aumentos proyectados en el gasto en servicios de salud parecerían ser reflejo de los supuestos relacionados con las diferencias relativas en los costos per cápita de la atención médica entre grupos de edad.

Estas proyecciones relacionadas con la edad suponen que los patrones actuales de demanda por servicios públicos de salud siguen sin cambio. La introducción del SP aumentará el gasto adicionalmente. La simulación 2 muestra un estimado de este efecto el cual supone que se logra la afiliación total para 2010 y que los costos per cápita por afiliado son iguales al promedio de las instituciones de seguridad social. Estos resultados sugieren que

el aumento en los costos totales de los servicios públicos de salud para 2010 podría alcanzar 0.8 por ciento del PIB. Al tomar en cuenta los efectos adicionales del envejecimiento, el aumento total en los costos de los servicios públicos de salud podría ser del orden de 1 a 1.25 por ciento a mediados del siglo. Aunque no se ha tomado en cuenta una serie de factores importantes, su impacto neto en el resultado es difícil de juzgar.⁴⁸

La transición epidemiológica actual, el aumento de los niveles educativos, una mayor conciencia de las posibilidades de tratamiento, el cambio en las conductas y un uso más extenso de la tecnología, podrían llevar a una configuración muy diferente de la demanda para mediados del siglo. La simulación 3 muestra los niveles de gasto si México alcanzara, hacia el final del periodo de proyección, los patrones y niveles de gasto per cápita para todos los grupos de edad que se observan en la Unión Europea. Esto difiere de la Simulación 1, que sólo toma en cuenta las diferencias relativas en el gasto per cápita por grupo de edad entre Europa y México. La Simulación 3 supone, además, que los costos promedio per cápita de la prestación de servicios de salud para la población (en relación con el PIB per cápita) aumentan hasta los niveles europeos promedio a lo largo del periodo proyectado. Debido a que los mayores niveles promedio de gasto público per cápita también reflejan una cobertura más amplia de seguro médico público en los países europeos, este aumento en el gasto per cápita en forma implícita supone una mayor tasa de cobertura del seguro público de lo que sucede en la actualidad en México. Como consecuencia, una mayor proporción del gasto total en servicios de salud sería pública. De acuerdo con estos supuestos, el gasto público total en servicios de salud bien podría aumentar más, como 1.75 por ciento del PIB (se incluyen los efectos del envejecimiento) para 2050.

En conclusión, aunque estas proyecciones están sujetas a varias advertencias, indican que el impacto del envejecimiento de la población en los costos de los servicios de salud tiene poca probabilidad de plantear problemas de política hasta después de 2025. No obstante, existen variables importantes que afectan la demanda y la oferta de servicios de salud a largo plazo que se han ignorado en estos cálculos y que generan reservas adicionales relacionadas con los niveles futuros de gasto. No se hicieron provisiones para incrementos en el costo de las pensiones en el IMSS y el ISSSTE sobre los costos de los servicios de salud. Tampoco se hicieron para los efectos del cambio tecnológico. El avance en la tecnología médica durante las últimas décadas ha incrementado el bienestar, pero a menudo ha aumentado los costos al mismo tiempo. Los avances recientes en imagenología, biotecnología y farmacología sugieren que estos progresos tal vez continuarán presentándose (Aaron, 2003) y se puede esperar que los cambios en tecnología sean un impulsor importante de la demanda futura de servicios de salud. Estos efectos pueden reforzarse si los aumentos de costos se concentran en grupos de edad más avanzada, como ha sido el caso en las últimas décadas en algunos países (como en Estados Unidos y Francia) y podrían reforzar que se alcanzaran los niveles de costos de otros países de la OCDE como se describe en la simulación 3. Sin embargo, es importante notar que estas proyecciones no toman en cuenta el impacto sobre los costos de los servicios de salud del aumento en la esperanza de vida (Recuadro 2.6).

2.5 El desarrollo de largo plazo del sistema y su rectoría

A la luz de la segmentación del aseguramiento y los prestadores de servicios (véase la Gráfica 1.9), el propósito de las autoridades desde la década de 1990 ha sido cambiar de forma progresiva hacia un sistema organizado de modo horizontal sobre la base de las funciones del sistema de salud (Frenk et al., 1998; OCDE, 1998). La primera función, repre-

sentada por la capa superior de la Gráfica 2.14, se relaciona con la rectoría del sistema. Bajo esta función, que por lo normal sería llevada a cabo por la Secretaría de Salud, las autoridades reciben el papel de diseñar un marco integral apropiado para garantizar y prestar los servicios de salud, establecer políticas públicas de servicios de salud, y el marco regulatorio apropiado, y supervisar el desempeño. La flecha muestra una expansión en su cobertura para incluir a todo el sistema de salud.

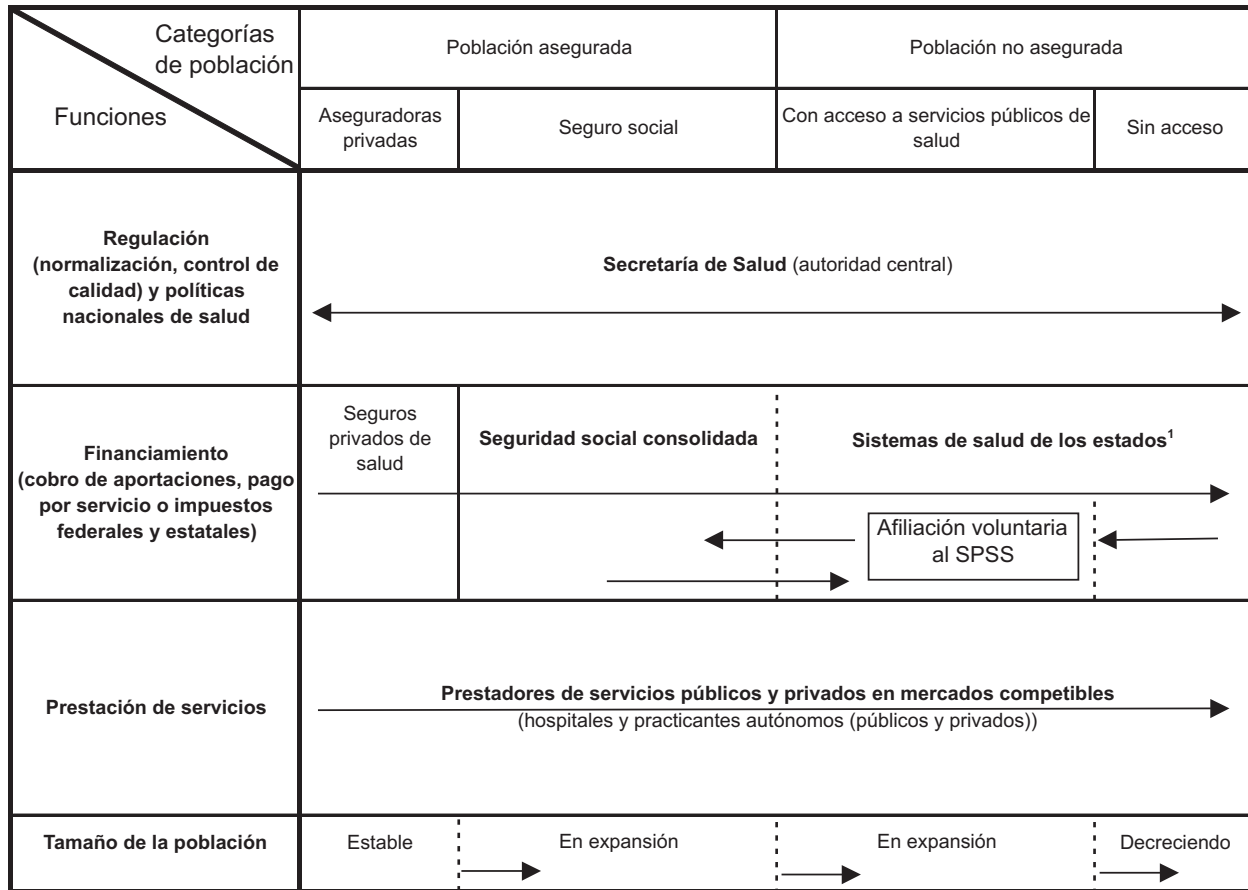
El segundo nivel se relaciona con el aseguramiento de riesgos de salud, que podría darse mediante la seguridad social, el seguro privado u otros modelos de aseguramiento como los que se proponen en el marco del SPSS. En este sentido, se observaría un aumento progresivo en el tamaño de la población cubierta ya sea por la seguridad social o el Seguro Popular (SP), mientras que el sector privado seguiría presente pero, quizá, sin tomar un papel más importante en el sistema.

En contraste con el enfoque de silos en vigor, no existiría la necesidad de establecer un vínculo entre los aseguradores y los prestadores de servicios (representados en el tercer nivel). En efecto, los aseguradores deberían adquirir servicios de salud de los prestadores de éstos sobre la base de precio y calidad del servicio y no en función de la institución a la que pertenecen. Esta división entre comprador y prestador del servicio ha sido un cambio de política clave en muchos países con sistemas integrados (Docteur y Oxley, 2004 y Recuadro 4.1). También tiene el potencial de permitir que el paciente opte entre prestadores de servicios. El hecho de que los fondos “sigan” al paciente lleva a aumentar la “democratización” del sistema de salud, meta que fundamenta buena parte de la formulación reciente de la política en México.

Como se comentó en párrafos anteriores, el sistema existente se encuentra a una distancia considerable de su objetivo en cada uno de los tres niveles. En este contexto, la estructura de gobierno corporativo actual podría no facilitar los cambios en la dirección que busca la Secretaría de Salud. En primer lugar, no existe una institución con capacidad de establecer los parámetros generales del sistema de salud. Aunque la Secretaría de Salud “organiza, controla y supervisa” los servicios que presta la Secretaría misma y el sector privado, su papel con respecto al componente de salud del sistema de seguridad social se reduce a la “coordinación, evaluación y seguimiento”. Esto es en parte reflejo del “empaquetamiento” del seguro de salud con otros componentes de la cobertura de la seguridad social, lo que ha llevado a que el sistema de seguridad social en conjunto se encuentre bajo la rectoría de la Secretaría del Trabajo. No obstante, esto tiene el potencial de limitar la capacidad de desarrollar políticas globales coherentes para todo el sector salud, aunque se haya mejorado la coordinación de los diferentes sistemas por medio del CSG, que reúne a los principales participantes del mismo.

Una segunda restricción en el establecimiento de políticas generales se relaciona con la descentralización hacia los estados de las responsabilidades por la prestación de servicios de salud. En principio, con esto se hace posible experimentar de manera útil en el nivel estatal, de modo que la oferta se adapte mejor a las necesidades de la población en cada entidad. Sin embargo, una libertad tal podría crear problemas de coordinación del sistema en el futuro si estos sistemas se mueven en direcciones distintas (véase el Capítulo 3). Por ejemplo, los distintos enfoques para contratar y establecer el precio de los servicios en los diferentes estados podrían restringir la posible libertad y portabilidad del nuevo esquema de aseguramiento del SP. Aunque el CNS también tiene una función de coordinación, se ha debilitado la capacidad de la Secretaría de Salud para influir sobre la dirección del cambio.

Gráfica 2.14 **Una visión de largo plazo del sistema de salud en México**



Nota:

¹ Integrado con IMSS-Oportunidades.

Fuente:

OCDE cálculos basados en CONAPO (2004) *Proyecciones de la población de México 2000-2050*.

Además, también se observan inquietudes en lo relacionado con una serie de entidades que aún no han logrado crear la capacidad administrativa para controlar el sistema y, en algunos casos, con la necesidad de aumentar la transparencia. Los estados que se descentralizaron durante la década de 1990 también enfrentan un problema adicional, que se relaciona con los vínculos y el control sobre los prestadores de servicios del programa IMSS-Oportunidades quienes están administrados por el IMSS.

Notas

1. Estudio realizado por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) en preparación para el Plan Maestro de Infraestructura.
2. A pesar de la marcada urbanización de la población durante las últimas décadas, la proporción de la población restante que aún vive en localidades pequeñas y zonas urbanas continúa alta.
3. Sin embargo, incluso en los estados más ricos se detectan desigualdades considerables entre ciudades, pueblos y municipios (véase Lozano et al., 2001).

4. Las reformas de 1997, realizadas a la estructura de aportaciones del IMSS redujeron el costo de las contribuciones de los trabajadores en niveles de ingreso más altos. Aunque la cobertura total parece haber aumentado en cerca de 3 por ciento entre 1996 y 2000, la proporción de personas cubiertas en los dos quintiles más altos aumentó entre 3 y 4 por ciento, mientras que la proporción de aquellos ubicados en los dos quintiles más bajos se redujo entre 1 y 2 por ciento.
5. El gasto de bolsillo tiende a ser más alto entre las familias más pobres. De acuerdo con información de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH), las familias ubicadas en el decil más bajo de la distribución del ingreso realizaron un gasto de bolsillo en servicios médicos equivalente a 6.3 por ciento de su ingreso, en comparación con 2.6 por ciento para el grupo de ingresos más altos. En Torres y Knaul (2003) se informa que se encontró que los factores clave para explicar el nivel de gasto de bolsillo son: la cobertura de seguridad social; la existencia de hijos; y, en especial, la presencia de personas mayores en la familia.
6. El bajo nivel de cobertura del aseguramiento público formal de servicios de salud se hace evidente en una clasificación deficiente en términos del índice de justicia en la contribución financiera de la OMS (OMS, 2000). Con base en datos de 1995, México se situaba en el lugar 144 de 191 países considerados, y detrás de una serie de otros países latinoamericanos como Argentina, Costa Rica, Uruguay y Venezuela (aunque mejor que Brasil y Chile) (Secretaría de Salud, 2001b). Esta clasificación podría haber cambiado desde 1995, como resultado del deterioro del entorno económico en muchos países en desarrollo, incluidos los de América Latina. Véase Wagstaff (2001) para una discusión de la relevancia de estas medidas.
7. El gasto público per cápita en salud también varía entre estados por un factor de seis entre las entidades más ricas y las más pobres y se correlaciona de manera positiva con los niveles de cobertura de aseguramiento y de forma negativa con el índice de marginación (CMMS, 2004).
8. En la obra de Van Doorslaer *et al.* (2004) se estima el uso normalizado por necesidades, es decir, la distribución que se observa a partir de que la necesidad se ha "ecualizado" estadísticamente entre grupos de ingreso. Esta desigualdad puede ser "en favor de los ricos" o "en favor de los pobres". Aunque los niveles de utilización (visitas médicas per cápita, admisiones en hospitales y días de estancia hospitalaria) en México son bajos desde una perspectiva internacional, esta utilización estandarizada es mayor para los mexicanos ricos que para los pobres.
9. Definidas como muertes de niños dentro del primer año de vida y estimada como el número de tales muertes por cada 1 000 nacidos vivos.
10. Las mejorías recientes en la precisión del registro de la información podrían hacerse evidentes en las variaciones erráticas de los datos de mortalidad infantil para los últimos años.
11. Sobre la base de un modelo que empleó datos de 195 países, en Gutiérrez y Bertozzi (2003) se encuentra que el nivel de mortalidad infantil es más alto de lo que podría esperarse en México luego de ajustar por diferencias en el PIB per cápita y la educación de las mujeres y la proporción de gasto público en salud en el PIB. Los autores sugieren que esto puede ser indicio de un desempeño deficiente del sistema de servicios de salud.
12. Cuatro de cada 10 nacimientos no ocurren en un centro de servicio público del Sistema Nacional de Salud (SNS). Muchos de éstos se llevan a cabo en hospitales privados pequeños (pero pueden no ser atendidos por un médico calificado) y alrededor de una quinta parte tiene lugar en el hogar de la mujer y no son atendidos por una persona médicamente calificada. En algunos municipios indígenas de Chiapas y Guerrero, sólo una quinta parte de los nacimientos se realiza en unidades del sector público (Secretaría de Salud, 2001).
13. Los niveles de consumo pueden estar subestimados, debido a que los datos excluyen la producción doméstica de tabaco o bebidas alcohólicas.
14. Una posible razón para este resultado difícil de explicar podría ser el hecho de que muchos pacientes podrían estar mostrando su gratitud por el servicio que reciben más que comportarse como consumidores con capacidad de discernimiento. Sin embargo, los resultados que comparan países e instituciones son difíciles de interpretar, pues es probable que las poblaciones objetivo difieran en cuanto a sus expectativas acerca de la calidad del servicio.
15. El desempeño de las instituciones (los primeros dos renglones en minutos) es el siguiente:

| Indicador | Secretaría de Salud/SESA | IMSS | ISSSTE | IMSS-Oportunidades | Otros |
|--|--------------------------|------|--------|--------------------|-------|
| Tiempo de espera en atención ambulatoria (min.) | 28.4 | 15.6 | 40.5 | 24.1 | 37.5 |
| Tiempo de espera en urgencias (min.) | 18.8 | 14.7 | 21.5 | 14.9 | .. |
| Porcentaje de usuarios satisfechos con los tiempos de espera en atención ambulatoria (%) | 91.4 | 86.3 | 84.7 | 95.6 | 85.9 |
| Porcentaje de usuarios satisfechos con los tiempos de espera en urgencias (%) | 67.5 | 85.2 | 84.6 | 94.4 | .. |

Fuente: Secretaría de Salud (2004b).

16. Como la mayor parte de los indicadores para México, los tiempos de espera muestran grandes variaciones entre estados: para las consultas externas en los SESA, los tiempos de espera fluctuaron entre menos de 13.5 minutos en Quintana Roo a más de 66 minutos en Baja California. La información limitada disponible de manera directa del IMSS sobre los tiempos de espera indica que el lapso promedio de espera para la atención en un entorno de atención primaria es de alrededor de una hora (IMSS, 2003b).
17. Resultados de la ENSA 2000 indican que poco menos de la mitad de la población asegurada elige servicios fuera del IMSS o el ISSSTE. Esta proporción aumenta con el ingreso.
18. En efecto, el IMSS comenzó a evaluar el desempeño de su sistema médico en 1956, y ha puesto en marcha lineamientos de ejercicio de la profesión médica para reducir la variación en los patrones de práctica médica.
19. En el Distrito Federal, donde se concentra una gran proporción de las instalaciones médicas, la proporción de nacimientos por cesárea es de 45 por ciento y, en Nuevo León es de casi 50 por ciento. Los nacimientos por cesárea también son muy altos en el sector privado, donde son apenas inferiores a 60 por ciento y entre los asegurados, en especial los cubiertos por el ISSSTE (Secretaría de Salud, 2004b).
20. Para el segmento de pacientes internos, en el marco del CSG se estableció un Programa Nacional de Certificación para Establecimientos de Atención Médica entre 1999 y 2001. Con base en este régimen, se evaluó a 519 hospitales y se certificó a 425.
21. La metodología de certificación comprende dos etapas, una de autoevaluación de la estructura del servicio, seguida de una valoración del proceso enfocada en la calidad, la satisfacción de los usuarios, el cumplimiento con la regulación vigente, medidas de desempeño y acciones realizadas para fomentar la mejora continua, sobre la base de los principios fundamentales del manejo de la calidad que se definen en la norma ISO-9000.
22. La lista positiva de medicamentos del IMSS y la Secretaría de Salud se adquiere mediante un proceso de licitación pública que lleva a precios más bajos. Un indicador de las diferencias en precios se presenta en el hecho de que el sector público representa la mitad del volumen de compra de medicamentos, pero esto sólo implica entre 18 y 20 por ciento del valor total (González Pier y González Hernández, 2004). La canasta de fármacos no es la misma, y es posible que el sector público no compre los medicamentos más eficaces disponibles en el mercado.
23. También es posible que refleje la percepción de calidad por parte del usuario, en especial en casos en los que se aplica el copago.
24. La información de esta sección fue tomada de *OECD Health Data* y los resultados podrían no ser del todo comparables entre países. Además, la mayor parte de la información se refiere al total del sector más que al sector público.
25. Datos seleccionados para 2003 sobre la intensidad de uso por institución muestran lo siguiente (Secretaría de Salud, 2004c):

| Institución | SESA | IMSS-Oportunidades | IMSS | ISSSTE | PEMEX |
|---------------------------|------|--------------------|------|--------|-------|
| Consultas por consultorio | 17.2 | 17.3 | 42.9 | 25.2 | 12.5 |
| Operaciones por quirófano | 2.4 | 3.8 | 4.7 | 2.4 | 1.87 |

26. La edad promedio de la población cubierta por la seguridad social es más alta y la proporción de las personas de edad avanzada en la población es casi el doble que la de la población no asegurada. Por ejemplo, la proporción de la población mayor de 65 años es alrededor de 5 por ciento para la población no asegurada y de 10 por ciento para IMSS e ISSSTE.
27. Por ejemplo, en Gómez de León y *et al.* (1995), se encontró que la probabilidad de que una persona con un problema de salud busque atención médica se reduce más que proporcionalmente conforme aumenta la distancia que debe recorrer para visitar al prestador del servicio.
28. Como se muestra en Hernández-Avila *et al.* (2002), la utilización de la capacidad de los hospitales es menor en unidades con menos camas, en donde existe un menor número de médicos por cama y en donde los hospitales de la seguridad social están cerca.
29. Es posible que las autoridades mexicanas no se sujeten a las mismas definiciones de costos administrativos que en otros países. Los costos administrativos para el IMSS y otras instituciones de seguridad social (que se incluyen aquí) podrían estar algo sobreestimados debido a que los costos administrativos de su sistema de salud no están separados de los elementos de la seguridad social no relacionados con salud que cubre esta institución. Estimaciones muy aproximadas sugieren que se podría reducir la participación de los costos administrativos en el gasto total en salud tan sólo del IMSS en 0.5 por ciento del gasto total en salud.
30. La carga que representa este costo es 2.6 puntos porcentuales superior a la de Estados Unidos que es conocido por tener costos administrativos altos debido a los costos de operación de los seguros privados. Asimismo, es 7 puntos porcentuales mayor que en Canadá, donde la prestación de servicios es responsabilidad de las provincias.
31. También puede ser reflejo de efectos “de escala”. La rectoría efectiva del sistema de servicios de salud puede requerir una estructura administrativa mínima en términos de costos. Estos costos pueden aumentar menos que proporcionalmente conforme el gasto total en salud aumenta.
32. Nótese que estimaciones recientes de la Secretaría de Salud enfocadas de manera exclusiva en los costos administrativos señalan que para la población no asegurada estos costos representaron en 2001, 13.8 por ciento del gasto total para dicha población. Para la población asegurada esta proporción fue de 15.6 por ciento para el IMSS, 13.4 por ciento para el ISSSTE y 8.3 por ciento para PEMEX. El IMSS sugiere que este nivel alto puede reflejar también lo relativamente generoso de los salarios que se pagan al personal administrativo cuando se compara con el personal médico.
33. Esto también podría impedir la posibilidad de observar mejorías en la calidad por medio de una mayor especialización de los hospitales en áreas clínicas específicas.
34. Estos resultados parecen haber dependido en cierta medida de la capacidad administrativa de los sistemas estatales en el nuevo entorno de política. Estudios para estados específicos mostraron capacidades muy diferentes para desarrollar políticas y ponerlas en marcha, aunque esto no siempre se asocia con el nivel de desarrollo económico o si en el estado se había dado o no la descentralización (Nigenda *et al.*, 2002; Birn, 1999).
35. El último esfuerzo concertado por mejorar la gestión en los hospitales de la Secretaría de Salud data de más de dos décadas. En 2003 comenzó un nuevo programa administrativo para funcionarios estatales de nivel alto y se espera que tenga un efecto en cascada en el nivel de hospitales.
36. El ISSSTE y PEMEX han mantenido un esquema centralizado (Organización Panamericana de la Salud, 2002).
37. Sin embargo, debe destacarse que se ha llevado a cabo una serie de cambios significativos luego de las discusiones con los sindicatos, como por ejemplo, la recién elaborada política de servicios de salud familiar.
38. El IMSS utiliza un mecanismo basado en GRD para proporcionar una pequeña parte del financiamiento en hospitales. Sin embargo, hoy día se limita a parte del gasto en insumos materiales. Estos pagos representan en la actualidad cerca de 2 por ciento del gasto total en hospitales, y

- aumentan al final a cerca de 8 por ciento. Los GRD se basan en los aplicados en Estados Unidos y no son específicos a la estructura de costos o las guías clínicas o protocolos de tratamiento empleados en México.
38. Se han observado esfuerzos recientes para establecer esquemas contractuales más flexibles: las instituciones de seguridad social, como el IMSS, han realizado contrataciones externas para ampliar el acceso a ciertos servicios de salud en las zonas donde se carece de establecimientos. Asimismo, se han utilizado contratos por tiempo limitado o para la prestación de servicios de salud específicos entre diferentes SESA. Los contratos de este tipo se establecieron sobre todo con las siguientes entidades: i) organizaciones corporativas de médicos, paramédicos o personal de enfermería para la prestación de servicios, y ii) instituciones privadas sin fines de lucro (IAP), que proporcionan infraestructura. Se están realizando esfuerzos para desarrollar el marco legal a fin de fortalecer la flexibilidad de la contratación en el nivel estatal.
 40. El gasto público por persona asegurada es casi 87 por ciento mayor que aquél para la población no asegurada (Véase Cuadro 1.5).
 41. No obstante, se está experimentando con algunos convenios innovadores. Por ejemplo, los SESA de Chihuahua han comenzando a contratar algunos servicios con asociaciones sin fines de lucro y ONG. En el nivel nacional, se están explorando las asociaciones entre el sector público y el privado (sobre las líneas de los que se utilizan en el Reino Unido).
 42. La Secretaría de Salud informa que se registran ciertos progresos en este sentido con aumentos importantes. Se afirma que la medida “proporción de recetas surtidas al 100 por ciento en la unidad de atención” ha mostrado un incremento significativo.
 43. Por ejemplo, en Gómez Dantés *et al.* (2001), se informa que en una muestra aleatoria de 18 distritos de salud, en promedio no se encontraba disponible cerca de la mitad de un paquete de 36 medicamentos básicos y la oferta resultaba en especial deficiente para los fármacos, como los antibióticos, dirigidos a tratar enfermedades contagiosas como la tuberculosis y la malaria.
 44. Discusiones con la SHCP.
 45. Estos factores incluyen costos laborales no salariales altos debido al seguro social y el INFONAVIT (esquema de financiamiento de vivienda) y otros programas financiados a partir de contribuciones, en especial para trabajadores de bajos salarios; la percepción de los empleados en el sector informal de que los beneficios del seguro social no ameritan los costos asociados; una reglamentación restrictiva del mercado de trabajo, pagos de liquidaciones altos y restricciones para realizar contratos de corto plazo y a tiempo parcial.
 46. La comparación de los déficits entre el ISSSTE y el IMSS también debería tomar en cuenta la aportación federal (equivalente a la Cuota Social [CS] del SP) por persona asegurada en el IMSS. Esta cuota no se extiende al ISSSTE.
 47. El uso de una distribución más amplia de los costos por persona entre grupo de edad se apoya con datos recientes del IMSS que muestran aumentos del costo de la atención de las personas de edad avanzada de casi 15 veces para la consulta externa y de poco más de tres veces en el periodo comprendido entre 1986 y nuestros días (véanse gráficas 1.33 y 1.44 en IMSS, 2004).
 48. El incremento total dependerá de los supuestos relacionados con la proporción de la población cubierta por la seguridad social. Si sólo se asume un 45 por ciento de cobertura (véase Recuadro 1.2) el aumento durante el periodo podría ser mayor que lo estimado en 0.1 puntos porcentuales del PIB. Esto tampoco considera el hecho de que parte de la población no asegurada puede optar por no afiliarse al programa (el cual es voluntario) o que los individuos pueden decidir pasar del IMSS al SP. El incremento subyacente en el gasto en servicios de salud que resulta del SP también supone que no hay un ajuste a la alza en los costos del SP para compensar por los incrementos salariales en el sector salud. El impacto del incremento en el nivel de gasto del SP sobre la participación del gasto en el PIB durante el periodo a 2010 se compensa de manera parcial por un acelerado incremento en el empleo y en el PIB en el periodo. Como se desprende del escenario base, los costos de los servicios de salud (sin tomar en cuenta la introducción del SP) caerían ligeramente como proporción del PIB por esta razón.

Capítulo 3

Reformas recientes: impacto y perspectivas

Capítulo 3. *En este capítulo se analiza la principal reforma de la década en curso. Al inicio, se describe el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), se analizan algunas de las razones para realizar la reforma y los problemas que pretende afrontar. Más adelante, se estudian los mecanismos de financiamiento de la reforma y la manera en que los recursos serán canalizados hacia diferentes metas del sistema de salud. Después, se examina el impacto potencial de la reforma en los objetivos del sistema que se destacaron en la introducción de este informe y se discuten algunos de los problemas clave de la transición que es posible que enfrente esta reforma. Por último, se presentan consideraciones sobre las implicaciones de las reformas para la rectoría del sistema y la medida en la que fomentarán una mayor coherencia en el mismo.*

En este capítulo el análisis se enfoca en la reforma de fondo más reciente al sistema de salud, el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que entró en vigor a principios de 2004. En la primera parte, se analiza el paquete clave de reformas recientes. A continuación, se examina su posible impacto sobre los objetivos del sistema de salud que se comentaron en el Capítulo 2.

3.1 El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)

Las autoridades mexicanas consideran el SPSS como parte de los esfuerzos continuos por alejarse de un sistema de instituciones aseguradoras y, a la vez, prestadoras de servicios integradas de manera vertical, hacia un sistema más universal con cobertura de servicios de salud para toda la población y en donde exista una integración horizontal de funciones que distinga entre la rectoría, el financiamiento y la prestación de los servicios. Esta visión más amplia se describe en la sección 2.5.

3.1.1 Los objetivos y principal impulso de la reforma

El SPSS tiene como meta lograr varios objetivos de importancia, que contribuirían a una mejor alineación del sistema de servicios de salud con las metas de largo plazo de las autoridades:

- En primer término, la reforma tiene como objetivo el fortalecimiento del papel rector de la Secretaría de Salud.
- En segundo lugar, crea un seguro familiar basado en las pruebas piloto del Seguro Popular de Salud (SP) para garantizar que toda la población tenga acceso a servicios de salud a un costo viable, en especial la población más pobre. El SP está al alcance de todas las personas que carecen de seguro de salud, tiene portabilidad y contiene una cobertura estandarizada que incluye un paquete explícito de intervenciones de salud costo-efectivas, incluidos los medicamentos. Las aportaciones de las familias para obtener el seguro serán progresivas, de modo que se mejore la equidad financiera.
- Tercero, tiene la intención de inyectar recursos frescos al sistema de servicios de salud del gobierno, que en la actualidad carece de fondos suficientes y utilizarlos para corregir las desigualdades entre los estados que se formaron como parte del sistema previo a la reforma, a partir de transferencias etiquetadas del gobierno federal hacia los estados. Estos recursos provendrán, sobre todo, del presupuesto federal, pero tanto las entidades federativas como las familias deberán realizar aportaciones al nuevo sistema. También se pretende lograr que el programa sea sustentable al introducir de manera gradual el nuevo esquema de seguro a lo largo de un periodo de siete años (entre 2004 y 2010). La redistribución de recursos se basará en el número de hogares inscritos en el nuevo Seguro Popular de Salud (SP).

- En cuarto lugar, se tiene la intención de establecer un mecanismo que agregue en el nivel nacional los riesgos de aseguramiento que no son diversificables para las poblaciones en el ámbito estatal por medio del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).¹
- En quinto lugar, intenta proteger el gasto en salud pública por medio de la separación contable entre: i) servicios comunitarios de salud de tipo “bien público” (como los esquemas de vacunación), y ii) los servicios personales que benefician principalmente en el plano individual y tienen efectos de derrama o externalidad mínimos en el bienestar social general.
- Por último, al hacer voluntario el nuevo sistema de seguro y vincular el financiamiento adicional con el número de familias afiliadas al SP, crea incentivos para que los estados mejoren sus servicios a fin de atraer nuevos miembros y retener a los actuales, de modo que el sistema sea más centrado en el consumidor.

3.1.2 Nuevos recursos para corregir desigualdades en el financiamiento

Un objetivo clave del SPSS se relaciona con el restablecimiento de la equidad financiera en el marco del Sistema Nacional de Salud (SNS). Las desigualdades financieras que se observan pueden clasificarse en tres categorías (Frenk et al., 2004):

- *Entre los asegurados y los no asegurados.* El gasto público promedio per cápita de quienes están cubiertos por la seguridad social es 85 por ciento mayor que aquél de quienes no cuentan con esta prestación (Cuadro 1.5). El IMSS recibe un subsidio directo por afiliado —en forma de una cuota federal similar a la Cuota Social (CS) del SPSS—, lo que no sucede en el caso de los no asegurados y de las demás instituciones de seguridad social. La proporción de la población cubierta por la seguridad social es mucho más alta en los estados más ricos que en los más pobres, lo que acentúa la desigualdad en el nivel del gasto total en salud para la seguridad social. Esto también se refleja en la regresividad de la cobertura (Recuadro 2.1).
- *Entre los estados, para el financiamiento de los Servicios Estatales de Salud (SESA).* Las entidades más ricas tienden a contar con mejores prestadores de servicios estatales de salud (SESA) (Cuadro 2.1). La fuente principal de ingreso para los SESA se compone de transferencias del gobierno federal con destino específico que se establecieron en 1998 como parte del proceso de descentralización. Estas transferencias eran reflejo de las dotaciones iniciales de recursos que dejaron diferencias de 5 a 1 entre los estados en el monto de las transferencias federales por familia no asegurada.²
- *Entre el financiamiento de los servicios de salud mediante los recursos presupuestarios propios de los estados.* El financiamiento adicional de los estados del gasto per cápita en salud varía entre entidades en una proporción de más de 100 a 1 (comunicación de la Secretaría de Salud).³ En general, los estados más pobres gastan montos menores, pues cuentan con menos recursos fiscales disponibles.

De acuerdo con simulaciones de la Secretaría de Salud, estas diferencias se reducirán de manera progresiva conforme una proporción creciente de la población no asegurada forme parte del esquema del SP. La contribución de nuevos recursos se realizará de manera tripartita. El gobierno federal hará una aportación per-cápita —la Cuota Social— a los esta-

dos por cada familia inscrita. Esta contribución corresponde a la cuota federal que ya se paga al IMSS por cada trabajador asegurado, de modo que todas las familias inscritas en el SP recibirán la misma subvención. Los gobiernos federal y estatales también realizarán una “aportación solidaria” por cada familia que forme parte del esquema. Estos tres componentes —la Cuota Social (CS), la Aportación Solidaria Federal (ASF) y la Aportación Solidaria Estatal (ASE)—, tienen el propósito de igualar a todas las entidades hasta un mismo monto mínimo de poco más de 7 000 pesos por año por cada familia recién asegurada (625 dólares de Estados Unidos). Además, la suma de la CS y la ASF se sumará a los recursos existentes del FASSA y los excederá en 180 por ciento cuando el sistema esté en pleno funcionamiento.⁴ Por último, las personas aseguradas pagan una prima reducida y relacionada con su ingreso (véase el Recuadro 3.1 para más detalles).

En principio, al final del período de transición —que está programado para culminar en 2010— se observará en general más igualdad entre los estados en las asignaciones federales y estatales para salud por familia. Con la nueva reforma, se reequilibrará la transferencia de fondos de las autoridades federales hacia los estados de manera que lleve a un mismo nivel los recursos financieros por familia. Para este fin, la Aportación Solidaria Federal (ASF) se asignará sobre la base de una fórmula compleja que toma en cuenta lo siguiente: el número de familias suscritas al SP, las necesidades de servicios de salud o los rezagos en cada estado y, tal vez en una etapa posterior, la importancia de los esfuerzos estatales en el ámbito de los servicios de salud y el desempeño de sus sistemas.⁵ El monto total de recursos que reciba cada entidad por concepto de ASF tomará en cuenta la cantidad que ya obtienen por medio de las transferencias etiquetadas registradas en el FASSA: los estados que en la actualidad reciben sólo una pequeña transferencia del presupuesto federal recibirán más (y viceversa). La simulación de este impacto realizada por la Secretaría de Salud (Gráfica 3.1) indica que, en este programa, ningún estado pierde recursos. Las entidades con problemas continuos de salud pública (que a menudo son las más pobres) también podrían recibir una proporción mayor de financiamiento por medio del fondo de servicios de salud a la comunidad, lo que reequilibraría aún más el nivel general de recursos.

El monto de contribuciones estatales adicionales mediante la Aportación Solidaria Estatal (ASE) dependerá de los recursos existentes asignados a los servicios de salud antes de que la reforma entrara en vigor. Contribuirán con fondos adicionales sólo si el total de la

Recuadro 3.1 Fuentes de financiamiento del SPSS

El nuevo SPSS contará con financiamiento a partir de una combinación de recursos existentes y nuevos.

El financiamiento existente incluye las transferencias etiquetadas del gobierno federal por medio del Ramo 33 en el renglón del FASSA, más una porción de recursos del presupuesto de la Secretaría de Salud (Ramo 12) que se canaliza a los estados mediante programas específicos.

Los fondos adicionales fluirán al sistema para financiar la Cuota Social (CS). En el caso de las Aportaciones Solidarias Federal y Estatal, sólo se contará con fondos adi-

Recuadro 3.1 Fuentes de financiamiento del SPSS (cont.)

cionales para los estados cuando el valor de la Aportación Solidaria Federal (ASF) y la Estatal (ASE) definidas conforme la Ley exceda los recursos existentes provenientes tanto del gobierno federal como de los gobiernos estatales.

Así, las nuevas fuentes de financiamiento incluyen las siguientes:

- La Cuota Social (CS) que es equivalente a 15 por ciento del salario mínimo (del Distrito Federal) al 1 de enero de 2004, cuando entró en vigor la reforma a la Ley General de Salud (LGS). En la actualidad, esta cifra representa un monto anual de \$2 477 pesos por cada familia que se integra al seguro. Esta cifra se actualizará cada trimestre con la inflación. La Cuota Social estará financiada en su totalidad con recursos nuevos.
- La Aportación Solidaria Federal (ASF) es igual, en promedio, a 1.5 veces la Cuota Social anual, o \$3 715 pesos por familia asegurada al 1 de enero de 2004. Este monto se redistribuye a los estados dependiendo de una fórmula que toma en cuenta cuatro componentes: i) el componente por familia; ii) una asignación por familia ajustada en función de las necesidades de salud; iii) un componente de “esfuerzo” estatal que asigna recursos sobre la base de las aportaciones adicionales que realicen los estados a partir de sus presupuestos; y, iv) un componente de desempeño. Sólo los primeros dos componentes serán mayormente utilizados en las etapas iniciales. En 2004, la fórmula daba una ponderación de 80 por ciento al primer componente y 20 por ciento al segundo. Las Aportaciones Solidarias Federales fluctuaron aproximadamente entre 1.4 y 1.6 veces la CS. El monto fijado por Ley para el nuevo sistema se compara con los fondos que cada estado recibe mediante el fondo FASSA (Ramo 33) para financiar los servicios personales de salud (FASSA-P). Los recursos adicionales se transferirán a los estados sólo cuando los fondos existentes sean menores que los recursos que fija el nuevo sistema, es decir, cuando los estados tengan recursos en exceso del monto determinado por la fórmula, no se suministrarán recursos adicionales.¹
- La Aportación Solidaria Estatal (ASE) que es igual, en todos los casos, a 0.5 veces la Cuota Social anual para cada familia afiliada, o \$1 238 pesos al 1 de enero de 2004. Al igual que en el caso de las transferencias federales, el tamaño de la contribución adicional para cada estado dependerá de cuánto contribuyen ya de sus propios recursos a los servicios de salud. Así, donde el gasto estatal exceda el monto fijado, la entidad no necesitará asignar más recursos a los servicios de salud, aunque son libres de hacerlo a fin de proporcionar recursos adicionales para financiar intervenciones complementarias.
- Por último, la Cuota Familiar (CF) se basa en una escala móvil que depende del nivel de ingreso de la familia. En 2004, esta cuota variará entre cero, en los dos deciles más bajos de la distribución del ingreso, y \$12 620 pesos para los hogares del decil más alto (el número X).² Los deciles I y II están sujetos a un régimen no contributivo y se espera que un gran número de miembros futuros del SP surja de estos grupos. Por ello, no se espera que la Cuota Familiar (CF) sea una fuente

Recuadro 3.1 Fuentes de financiamiento del SPSS (cont.)

significativa de financiamiento y ésta se asignará a un fondo en cada entidad para la adquisición de medicamentos y otros insumos materiales. Aunque los dos grupos de ingreso más bajo obtienen cobertura gratuita, tendrán sin embargo que sujetarse a las reglas de participación asociadas con las prácticas de salud adecuadas (como la educación para la salud y las visitas periódicas de revisión médica).³

Notas:

- 1 Cabe notar que el SPSS contempla financiamiento durante el periodo de transición para garantizar la suficiencia de recursos para atender a los hogares que queden aún sin asegurar.
- 2 Las cuotas se redujeron casi a la mitad (excepto para el decil más alto) con respecto a las aplicadas en el programa piloto del Seguro Popular de Salud (SP), pues los resultados de las encuestas indicaron que muchas familias no estaban dispuestas a pagar tal monto. La aportación promedio es de \$3 561 pesos para todos los deciles (el promedio excluye a los deciles I y II). Sin considerar las aportaciones de los deciles IX y X, la contribución promedio asciende a \$1 810 pesos entre los deciles que en efecto estarían pagando.
- 3 En el caso de los deciles I y II, el gobierno subsidia la aportación familiar. Por ejemplo, se espera que los beneficiarios de Oportunidades (el programa más importante de alivio de la pobreza que otorga a las familias recursos en efectivo a cambio de acudir a clínicas de salud y que sus hijos asistan a la escuela y se orienta hacia las familias más pobres) formen parte de los beneficiarios del SP, sujetos al régimen no contributivo. Estas familias reciben un pago mensual, dentro del cual, uno de los componentes listados podría incluir el valor de su aportación familiar, aunque de hecho no se realice tal contribución.

contribución definida por Ley —es decir, el número de familias inscritas en el SP multiplicado por el valor de la Aportación Solidaria Estatal (ASE)— excede el monto de los recursos propios que ya están dedicados a los servicios de salud. El impacto simulado de las reglas de aplicación (Gráfica 3.2) sugiere que muchos de los estados más pobres necesitarían allegarse recursos adicionales para servicios de salud o canalizar recursos de otros fines.

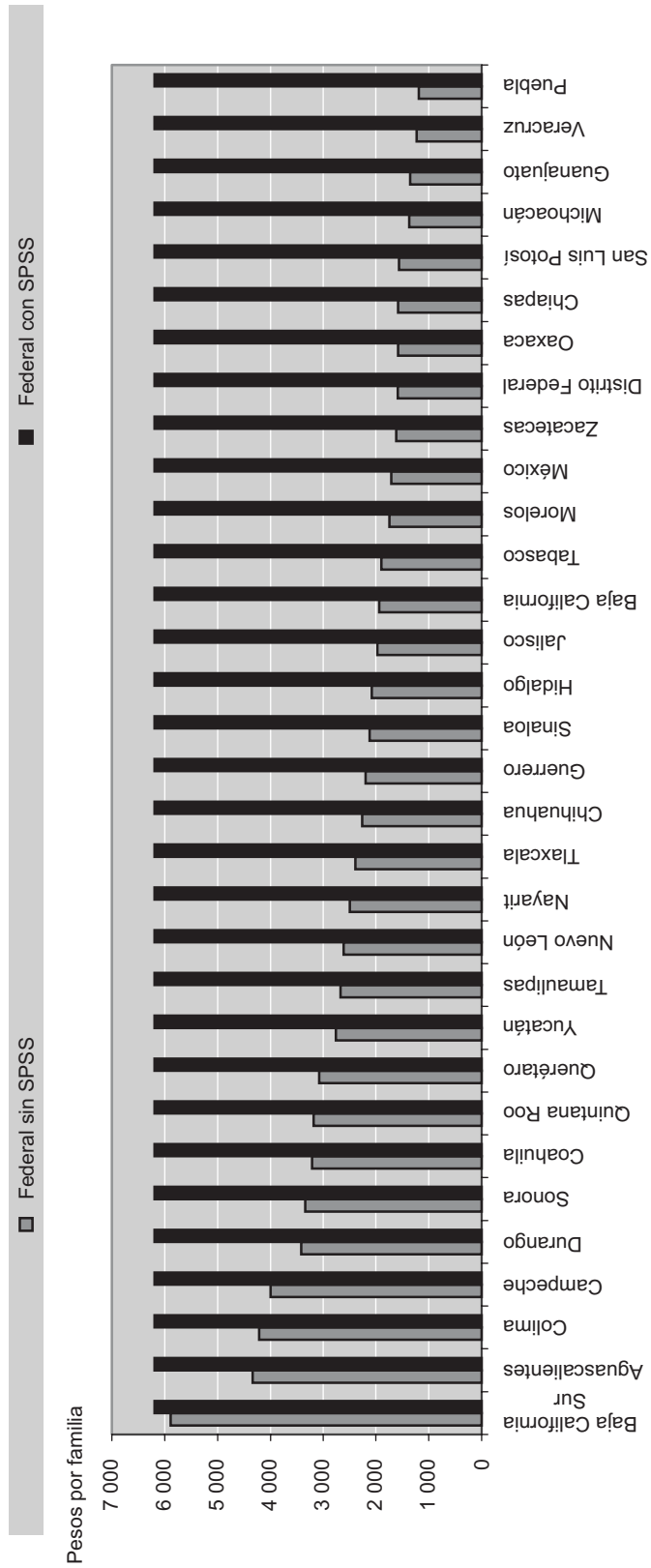
En lo relacionado con el acceso geográfico, las autoridades también tienen la intención de reducir los desequilibrios en el acceso a los hospitales de segundo y tercer nivel. En este sentido, se ha puesto en práctica un plan maestro indicativo para la oferta de servicios, en el cual se han identificado las zonas donde la disponibilidad de éstos es deficiente.⁶ El plan maestro también ha identificado 10 zonas de captación para servicios y hospitales de segundo y tercer nivel, sobre la base de las necesidades de servicios de salud y características socioeconómicas, demográficas y epidemiológicas. Sólo las instituciones registradas en el plan maestro tendrán la posibilidad de prestar servicios a los asegurados en el SP. Los nuevos prestadores de servicios y la inversión en tecnología nueva de costo alto tendrán que contar con un certificado de necesidad por parte de las autoridades federales, y se dará prioridad a las zonas del país donde los servicios de salud actuales sean más deficientes.

3.1.3 La nueva estructura de financiamiento de los servicios y el paquete de aseguramiento

El marco para estructurar las finanzas de los servicios de salud

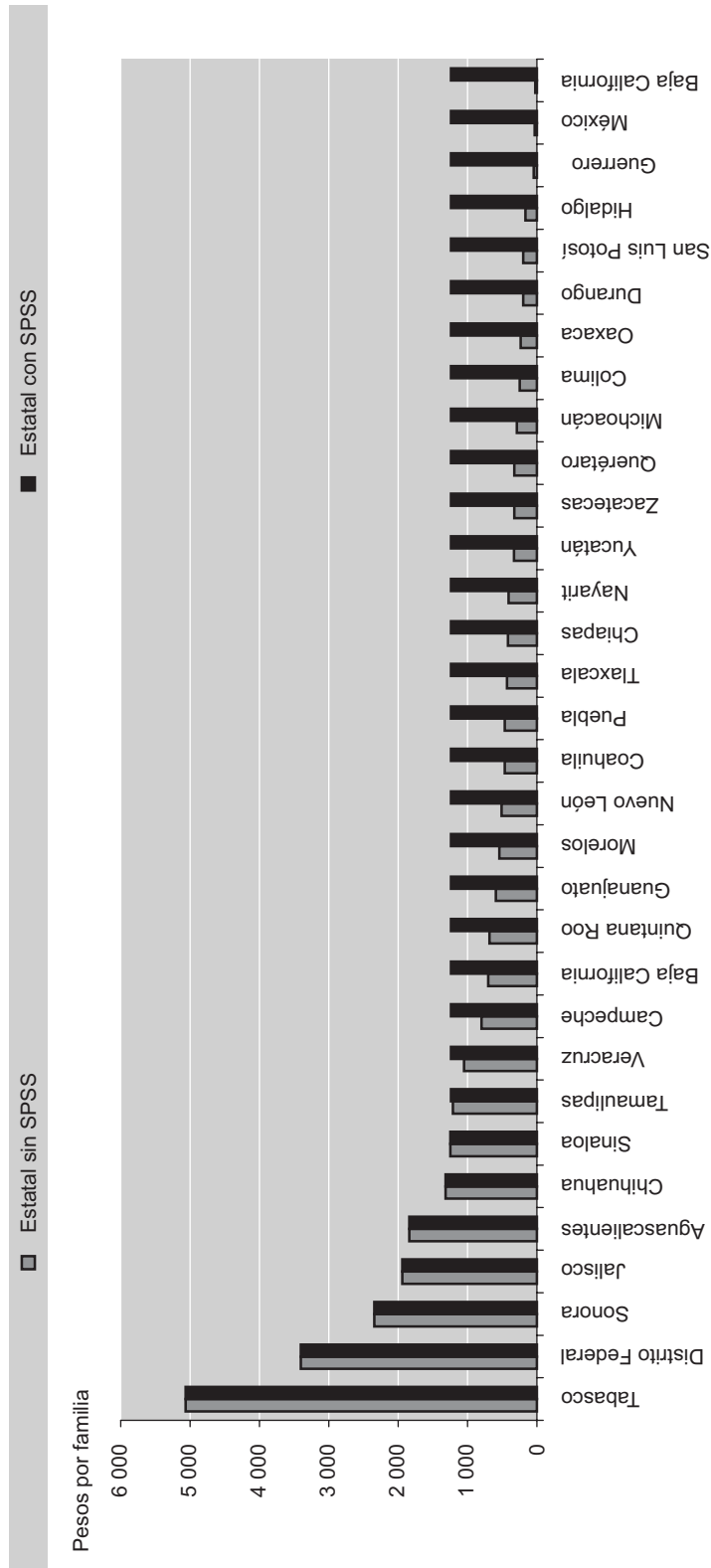
Un elemento clave del nuevo sistema es la creación de fondos separados para asignar los recursos frescos a necesidades específicas de salud dentro del ámbito de la Secretaría de Salud y los SESA (Recuadro 3.2):

Gráfica 3.1 Transferencias federales a los estados para servicios de salud, antes y después de la reforma del SPSS



Notas:
 Estas cifras representan la porción del FASSA (Ramo 33) que corresponde a servicios personales; es decir, el FASSA-P, de acuerdo con el presupuesto autorizado para 2004 por el Congreso y la Secretaría de Hacienda.
 Los recursos federales incluyen la Aportación Solidaria Federal (ASF) y la Cuota Social (CS).
 Fuente:
 Secretaría de Salud (2004c) Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas.

Gráfica 3.2 Recursos estatales antes y después de la reforma del SPSS



Fuente: Secretaría de Salud (2004c) Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas.

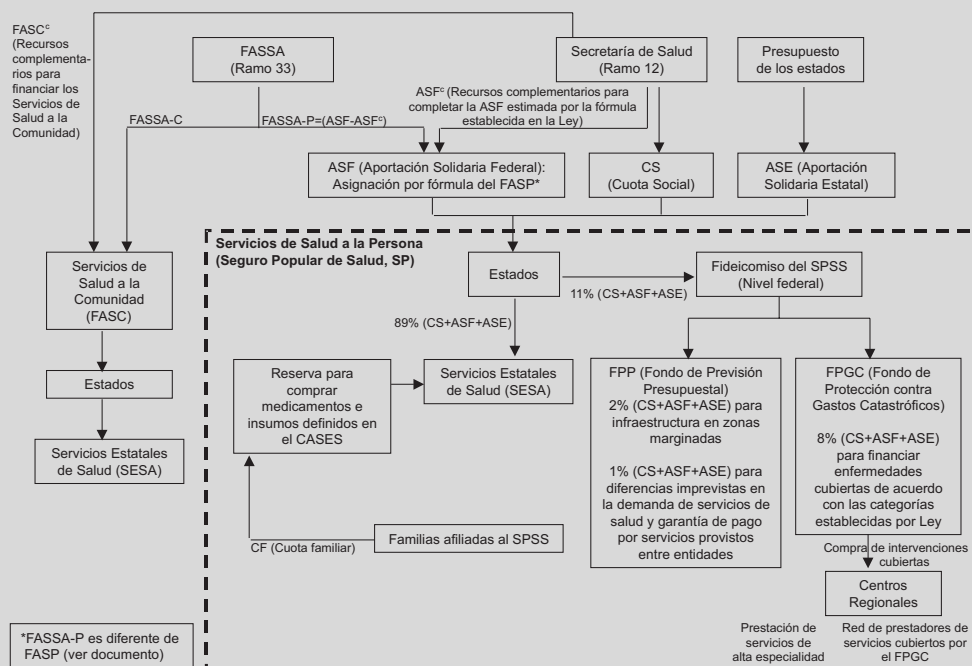
Recuadro 3.2 **Asignación de fondos a los diversos requerimientos de servicios de salud en el SPSS**

Los recursos para el SP, más los fondos de los servicios comunitarios de salud, se asignan en fondos separados, como se ilustra en la Gráfica 3.3 más adelante. Un objetivo subyacente de estos distintos fondos reside en garantizar que el gasto público en salud, que tiene naturaleza de bien público, sea identificado y se le asigne un componente específico del presupuesto para garantizar que ciertas actividades —por ejemplo, en el área de la medicina preventiva— estén protegidas contra dificultades presupuestarias en el futuro. Esto podría evitar experiencias negativas observadas en muchos países donde los recortes presupuestarios a menudo afectan estos programas. Los fondos son los siguientes:

- Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad (FASC). Este fondo tiene el propósito de financiar la prestación de servicios de salud pública y servicios comunitarios de salud, es decir, servicios que tienen la naturaleza de bien público. Este fondo estará compuesto de la porción del FASSA (Ramo 33) empleada para financiar servicios de salud pública y servicios comunitarios en los estados (el llamado FASSA-C), y es posible que se complemente con el presupuesto de la Secretaría de Salud (Ramo 12) en los casos en los cuales los servicios tengan calidad de “bien público” en el nivel nacional o regional. Los recursos del FASC se asignarán a los estados sobre la base de una fórmula que contempla las siguientes variables: población, requerimientos de salud pública y riesgos sanitarios y la eficiencia de los programas de salud pública de los estados.¹ Debido a que los rezagos en las condiciones de salud son mayores en los estados más pobres, se esperaría que la mayor parte de este fondo fuera canalizada hacia los estados de menores ingresos, con lo que el sistema de financiamiento expuesto en la Gráfica 3.3 sería aún más progresivo. Aún está pendiente el establecimiento del método para dar seguimiento al uso de estos fondos en el nivel estatal.
- Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona (FASP). El componente de aseguramiento para los servicios de “tipo privado” cubierto por el Seguro Popular (SP) será financiado con fondos públicos por el total de la suma de la Cuota Social (CS), la Aportación Solidaria Federal (ASF) y la Aportación Solidaria Estatal (ASE). El monto total de recursos está dividido en tres componentes:
 - i) Un primer componente (89 por ciento del total del fondo de aseguramiento de servicios personales de salud) fungirá como fondo mancomunado —descentralizado en el nivel estatal— para gastos en servicios de salud de bajo riesgo y probabilidad de ocurrencia alta. Como se destacó en párrafos precedentes, este componente proporciona un paquete esencial, que se considera costo-efectivo,² para la atención primaria y secundaria en entornos ambulatorios y en hospitales generales. La atención que se presta de conformidad con este paquete es gratuita en el punto de prestación del servicio.
 - ii) El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Este fondo, que asciende a 8 por ciento del total del fondo de aseguramiento médico o de servicios personales de salud, reúne los riesgos en el nivel nacional de los procedi-

Recuadro 3.2 Asignación de fondos a los diversos requerimientos de servicios de salud en el SPSS (cont.)

Gráfica 3.3 Fuentes y usos del financiamiento en el SPSS



mientos de probabilidad baja y costo alto que, en general, requieren ser tratados en hospitales de tercer nivel.³ Los riesgos que cubre este fondo, —que concierne a nueve grupos de padecimientos— en principio, se decidirán sobre la base de su costo-efectividad, aceptación social, tecnología y disponibilidad de oferta y de recursos financieros.⁴ En la actualidad, se incluyen tratamientos para seis padecimientos de costo alto y la cobertura se ampliará de manera progresiva dependiendo de los recursos disponibles. La ampliación de la cobertura de enfermedades será un proceso lento.

- iii) El Fondo de Previsión Presupuestal (FPP). Fondo que representa 3 por ciento del total del fondo de servicios personales, tiene como objeto facilitar la operación del sistema y las relaciones entre estados. Proporciona un “amortiguador” financiero en caso de excesos de demanda por servicios, garantiza el pago entre estados por atención a personas de otras entidades y contribuirá a financiar infraestructura en zonas donde los servicios básicos de salud tienen una oferta restringida.⁵

Notas:

1. Está fórmula aún no se ha definido.
2. Incluye la atención primaria en el nivel ambulatorio y la consulta externa y tratamiento hospitalario en cinco especialidades básicas: medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, traumatología y ortopedia y rehabilitación. A la fecha, se incluyen 165 medicamentos y 91 intervenciones médicas en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES). El paquete de servicios “esenciales” es definido por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). Este paquete será complementado con 35

Recuadro 3.2 **Asignación de fondos a los diversos requerimientos de servicios de salud en el SPSS (cont.)**

medidas preventivas financiadas mediante recursos etiquetados por el gobierno federal a partir de un fondo aparte destinado a servicios comunitarios (véase FASC en la Gráfica 3.3).

3. La lógica detrás de la separación entre los servicios esenciales y el fondo de gastos catastróficos se centra en que, debido a que los eventos son mucho menos frecuentes, de costos altos y distribuidos de manera aleatoria entre estados, su agrupamiento podría resultar más eficiente en función de la población en general.
4. Estas nueve categorías son: cáncer (20 tipos), enfermedades cerebro-vasculares (3 tipos), problemas cardiovascular (2 tipos), accidentes serios (5 tipos), rehabilitación de largo plazo (6 tipos), VIH-SIDA (prevención, antirretrovirales y tratamiento en hospitales para infecciones oportunistas), cuidados intensivos neonatales (14 tipos), transplantes de órganos (6 tipos) y diálisis (2 tipos). La selección de enfermedades con posibilidades de ser cubiertas en el fondo catastrófico será definida por una comisión médica específica bajo la dirección del CSG, aunque la voz definitiva sobre los padecimientos factibles de ser cubiertos por el FPGC sigue en manos de la CNPSS. Los criterios de selección se basarán en consideraciones de costo-efectividad de la atención en cuestión; la carga de la enfermedad; la seguridad y la eficiencia; la aceptación social; las normas éticas y el avance del padecimiento. La cobertura actual se ha basado en gran medida en condiciones de eficiencia en función de costos—aunque también de aceptación política y por parte de la población. Por ejemplo, la inclusión de tratamientos para bebés prematuros se vincula con otro programa prioritario del gobierno “Arranque Parejo en la Vida”, mientras que el SIDA sigue siendo un tema político de prioridad alta, como en muchos otros países.
5. Uno por ciento del 3 por ciento de la Cuota Social (CS), más la Aportación Solidaria Federal (ASF) más la Aportación Solidaria Estatal (ASE) se canalizará a: i) financiar las diferencias entre el gasto observado de las personas afiliadas y las proyecciones iniciales de la demanda esperada por servicios esenciales (DI, Diferencias imprevistas en la demanda por servicios de salud), y ii) proporcionar una Garantía de Pago (GAPA) a los aseguradores estatales cuando personas de un estado son tratadas en otra entidad. La DI tendrá precedencia en el uso de los fondos. El 2 por ciento restante será empleado para aumentar la inversión en infraestructura de servicios primarios y de hospitalización en zonas pobres que ofrezcan servicios del paquete básico (Apoyo a Necesidades de Infraestructura en Zonas de Mayor Marginación Social, ANIMAS).

- *Servicios con la naturaleza de un “bien público”.* Este renglón incluye la función rectora del sistema —es decir, supervisar la arquitectura del sistema, su regulación y el seguimiento y la evaluación del desempeño— y los servicios de salud a la comunidad, como la prevención, el control de riesgos de salud pública, la investigación y el desarrollo y la vigilancia epidemiológica. Esto será financiado mediante un fondo específico, pero el tamaño del fondo no se ha fijado aún.
- *Servicios de salud de naturaleza “privada” (servicios personales).* Es decir, los que no tienen los efectos directos de un bien público, pero que deberían ser financiados mediante alguna forma de aseguramiento. El principal vehículo para lograrlo es el Seguro Popular de Salud (SP), que es un instrumento voluntario.

El financiamiento y aseguramiento de servicios de salud de naturaleza privada se ha descompuesto además en dos fondos de seguro:

- Un paquete básico de intervenciones médicas primarias y secundarias “esenciales” y costo-efectivas, que tienen gran probabilidad de ocurrencia y que integran el grueso de los servicios que se prestan a la población (que representan cerca de 85 por ciento de los servicios médicos totales que se demandan en México). Este paquete será financiado mediante 89 por ciento de la suma de la Cuota Social (CS) y las Aportaciones Solidarias Federal (ASF) y Estatal (ASE). Esta función de aseguramiento para estos servicios quedará bajo la responsabilidad de las autoridades estatales para los asegurados en el SP.
- Un fondo nacional de protección contra gastos catastróficos (FPGC), financiado mediante 8 por ciento de la suma de la CS y las ASF y ASE, orientado a cubrir enfermedades de

baja frecuencia pero de costo individual alto y que, por esta razón, es mejor mancomunarlas en un conjunto en el nivel nacional. Por razones financieras, sólo se incluye en la actualidad un número selecto de enfermedades catastróficas, aunque se añadirán otras si las condiciones financieras lo permiten (Recuadro 3.2).

El paquete del seguro

El paquete de aseguramiento cubre un número determinado de intervenciones primarias e intervenciones hospitalarias de segundo nivel, seleccionadas con base en su costo-efectividad y que, de acuerdo con las políticas vigentes, se ofrecen de manera gratuita en el punto de prestación del servicio.⁷ Toda la población asegurada en el SP tiene acceso universal a estos servicios. Este paquete básico de servicios de salud de naturaleza privada incluye 91 tratamientos médicos distintos, que abarcan cerca de 90 por ciento de los servicios ambulatorios pero sólo dos terceras partes de las hospitalizaciones. El paquete se complementa con 35 servicios de salud comunitarios orientados a la prevención y la salud pública, que serán financiados por separado. Por otra parte, cubrirá al cónyuge, los hijos hasta los 18 años de edad y a los padres mayores de 65 años de edad que sean dependientes económicos. Las personas solteras mayores de 18 años de edad serán consideradas como una familia de un solo miembro.

Las enfermedades que cubre el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) (véase el Recuadro 3.2) en buena medida implican un tratamiento especializado en hospitales de tercer nivel que ofrecen servicios médicos de alta especialidad. En la actualidad, este fondo cubre los costos *marginales* (es decir, costos corrientes adicionales) de seis enfermedades específicas, de un total potencial de 58, que se reúnen en nueve grupos de padecimientos. La Secretaría de Salud estima que el actual 8 por ciento de financiamiento que se atribuye al FPGC sólo basta para cubrir los costos marginales de las enfermedades que se contemplan hasta el momento. La ampliación de la cobertura requeriría un aumento significativo de 8 por ciento, o nuevas, y considerables, fuentes de financiamiento. Las evaluaciones iniciales de sólo los costos *marginales*⁸ del tratamiento para 32 de las 58 enfermedades de costo alto y frecuencia baja, sugieren que esto podría representar 1.1 veces el presupuesto total para la cobertura del paquete básico del SP. Esto indica que los costos totales (incluidas la mano de obra y la infraestructura adicionales) son tal vez mayores. Además, al parecer, existe una serie de padecimientos médicos y de tratamientos que no se incluyen ni en el paquete básico, ni en el FPGC.⁹

3.2 El impacto potencial del SPSS sobre los objetivos de los servicios de salud

En esta sección se presenta una evaluación del posible impacto del SPSS sobre los objetivos de los servicios de salud que se expusieron en la introducción. En la medida en que se pueda contar con recursos financieros frescos, el nuevo programa será un paso adelante importante en el logro del acceso universal al seguro de servicios médicos, debilidad fundamental del sistema de salud mexicano en la actualidad. Sin embargo, el nuevo sistema se enfrentará con una serie de retos en su aplicación. Incluso cuando se resuelvan estos problemas, el sistema seguirá en cierto modo lejos de la visión de largo plazo de un sistema horizontal basado en las funciones de rectoría, aseguramiento y prestación de servicios.

3.2.1 El impacto en términos de la cobertura de aseguramiento para los costos de los servicios de salud

Es claro que el SP resulta atractivo para los dos deciles más bajos de la distribución del ingreso —para quienes el paquete es, en esencia, gratuito— y el tercer decil más bajo, en el cual, los costos de la aportación familiar en función del ingreso son muy bajos. Prácticamente todos los miembros actuales del programa del SP pertenecen a estos grupos de ingreso. Si los afiliados al SP reciben atención preferencial, porque vienen acompañados de dinero federal adicional, se cuenta con una razón más para que las personas se adhieran al programa.¹⁰ Sin embargo, la aceptación de otros grupos socioeconómicos dependerá de los costos y beneficios de paquetes alternativos de aseguramiento médico: el seguro privado (con atención de médicos y en hospitales privados); cobertura total en los diversos esquemas de seguridad social (con atención de los respectivos prestadores de servicios de seguridad social); y la cobertura parcial del paquete del SP (con atención, en general, de prestadores de servicios de los SESA). Algunos elementos que podrían influir en la decisión personal son los siguientes:

- Dadas las percepciones actuales relacionadas con la calidad de los servicios en los SESA, las actitudes en función de las clases sociales y la mayor proporción de gasto en hospitales entre los grupos de mayores ingresos, parece probable que este último segmento continúe autoasegurándose en forma total o parcial (por ejemplo, autoaseguro para los servicios ambulatorios y primarios acompañado de una póliza privada para gastos catastróficos o, de manera alternativa, elegir la cobertura total de la póliza de Seguro de Salud para la Familia, SSF del IMSS o el sistema de afiliación voluntaria, IVRO). En la actualidad, los seguros privados y el SSF cubren a menos de 4 por ciento de la población y, dado el costo del seguro privado, esta proporción tiene pocas probabilidades de aumentar de forma significativa en el futuro.¹¹
- Quienes están empleados en el sector formal continuarán obteniendo cobertura médica de forma automática de las instituciones de seguridad social, aunque es probable que una proporción importante de los servicios utilizados continúe pagándose mediante gastos de bolsillo en atención privada, un posible reflejo de la racionalización implícita dentro del sistema de seguridad social.
- Puede generar cierta competencia entre el SP y el IMSS en términos de afiliación potencial. Los costos totales del seguro social son mucho más altos que la contribución familiar al SP, aunque el primero cubre una gama más amplia de riesgos además de la atención médica. Tanto los empleadores —como los trabajadores mismos— pueden encontrar desde el punto de vista financiero atractivo unirse al SP y elegir un arreglo laboral no sustentado en salarios, aunque aún dentro del empleo formal. Este puede ser por ejemplo, el caso particular de empleados remunerados por comisión o trabajadores en zonas rurales remunerados bajo otros esquemas de pago.
- Como se mencionó en el Capítulo 1, existe un sector informal grande donde los empleados que reciben salarios no son declarados al IMSS y el cumplimiento en este sector continúa siendo débil. En tanto sus trabajadores paguen por el SP, los empleadores pueden enfrentar menor presión para declarar a sus empleados. Tales arreglos laborales ilegales pueden ser en especial atractivos para la población joven con buena salud que no valora tanto la cobertura completa de salud del IMSS o los demás componentes de la seguridad social no vinculados con salud.

Mientras que el impacto de los incentivos descrito en los últimos dos puntos sobre las decisiones de los hogares son desconocidos, podrían generar presiones de competencia y financieras adicionales sobre el IMSS.

El paquete existente de servicios de salud es amplio y, quizá, se adapta de manera adecuada a la estructura de morbilidad de la población objetivo. En la Gráfica 2.3 que muestra el patrón de mortalidad en México se observa que éste es distinto al del resto de los países de la OCDE, al igual que lo mostrado por los niveles de mortalidad materna e infantil altos. Es de importancia crucial que estas necesidades básicas sean tratadas como prioridad máxima. Sin embargo, esto dejará sin cubrir un número importante de padecimientos y, debido a que estos grupos de enfermedades representan una proporción importante de la mortalidad en México, la cobertura del sistema, por lo menos a la fecha, se trunca de manera importante. Lo anterior contrasta con la cobertura global (al menos nominal) de riesgos en la seguridad social. Incluso si existe un racionamiento implícito en el sistema de seguridad social, de modo que la cobertura efectiva tenga probabilidades de continuar siendo, de hecho, la misma, los esquemas de aseguramiento seguirán segmentados y el programa nuevo no otorgará cobertura total para riesgos de salud, incluso si (y cuando) el FPGC cubriera los 58 padecimientos listados.

La característica atractiva del SP también dependerá de la forma en que los SESA respondan al nuevo esquema de aseguramiento. Los análisis sugieren que quienes están asegurados en el SP consideran que la disponibilidad de medicamentos es, —junto con los menores tiempos de espera para los servicios ambulatorios, ser bien tratado por el personal, y recibir la información adecuada— uno de los factores clave en su decisión de entrar al programa del SP. En las condiciones actuales, el sistema de SESA compra sólo 5 por ciento de la cantidad total de fármacos que adquieren las principales instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud (SNS). El resto lo adquieren los aseguradores sociales (González Pier y González Hernández, 2004). Al mismo tiempo, la proporción del gasto de bolsillo de los individuos que se dedica a la compra de fármacos y a atención primaria es más alta para los deciles más bajos del ingreso que para los más altos (Nigenda *et al.*, 2003).^{12,13} Esto obliga a que una mayor proporción de los hogares pobres y en peor situación los adquieran de manera privada, a menudo a precios bastante más altos de los que pagaría el gobierno.¹⁴ Además, se considera que quienes prestan servicios de atención primaria no reaccionan a la demanda en lo relacionado con los horarios o la prestación del servicio.¹⁵ Así, el éxito del sistema del SPSS dependerá en gran medida de mejorar el desempeño del sistema de SESA existente.

3.2.2 El SPSS y la calidad de los servicios de salud

Es probable que el impacto del SPSS en la calidad de los servicios se presente por medio de los incentivos incluidos en el financiamiento del nuevo sistema. Como ya se destacó, los estados sólo podrán obtener financiamiento federal adicional si aumenta la afiliación al SP. En la medida en que la afiliación dependa de la percepción de calidad en la atención, los estados tendrán un incentivo para mejorar el funcionamiento de los prestadores de SESA.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (Capítulo 2) tiene probabilidades de contribuir en este contexto al proporcionar un marco para mejorar la calidad general de los prestadores de servicios. Los esfuerzos para mejorar la medición del desempeño del sistema de salud permitirán establecer umbrales e identificar los servicios sobre-

salientes (y los más deficientes). También se identificarán las unidades de servicios que ya prestan una atención de calidad alta y aquellas con un desempeño deficiente recibirán una invitación a mejorar. Al mismo tiempo, se esperaría que varias de las disposiciones de la nueva reforma deberían contribuir a crear sinergias útiles con la Cruzada por la Calidad. El SPSS establecerá la base para un padrón nacional de servicios de salud. Los datos relacionados con los miembros del SP y sus dependientes proporcionarán información sobre la zona de residencia y las características socioeconómicas de la familia para permitir, entre otras cosas, analizar mejor las necesidades y la ubicación de los servicios en términos de necesidades de la población en el largo plazo. Las reglas del SPSS contemplan una evaluación continua del sistema para identificar problemas y valorar si está alcanzando las metas establecidas. Sin embargo, estas políticas no están respaldadas por incentivos financieros o un proceso de certificación, el cual continua siendo voluntario.¹⁶

La acreditación obligatoria para los prestadores de servicios del SP —una de las innovaciones vinculadas con la calidad dentro del SPSS— busca asegurar que los prestadores alcancen los niveles necesarios de recursos humanos e infraestructura para proveer atención de calidad. Además, las instituciones que provean atención bajo el fondo de servicios catastróficos (FPGC) también necesitarán estar certificadas.¹⁷ La lista de las 91 prestaciones médicas del SP así como las incluidas en el FPGC tendrán que seguir las mejores prácticas en medicina aunque, en los países donde se ha intentado, ha resultado difícil reducir las variaciones innecesarias en los patrones de práctica. La calidad también puede mejorar por medio de un mejor sistema de quejas. Aunque es posible que estas medidas tengan un nivel de rendimiento social alto en el largo plazo, requerirán de inversión inicial que podría ser difícil de obtener en las condiciones actuales de restricción presupuestaria. Las autoridades esperan que lleve algún tiempo capacitar al personal, contar con los programas de cómputo adecuados y desarrollar indicadores que proporcionen medidas de calidad apropiadas. La descentralización de los servicios de la Secretaría de Salud a los estados y la necesidad de obtener datos de 32 prestadores estatales implica un reto particular para las autoridades en términos de la creación de sistemas informáticos nuevos, aunque se están logrando progresos en este rubro, por ejemplo, en términos de la puesta en marcha de un sistema nacional y estatal de cuentas de salud durante los últimos cuatro años.

A pesar de estos puntos positivos y los niveles en apariencia altos de satisfacción expresados por las personas tratadas en el Sistema Nacional de Salud (SNS) (Capítulo 2), los prestadores de los SESA siguen trabajando con una imagen de servicios inferiores a la norma y de poca respuesta ante las necesidades de los pacientes. Mejorar esta imagen dependerá de si la Secretaría de Salud y las autoridades administrativas de los SESA son capaces de dar la orientación adecuada y de si el dinero fresco que reciben los estados del SPSS se canaliza hacia prestadores de servicios de manera que generen los incentivos necesarios para mejorar la calidad de los servicios de salud.

3.2.3 El SPSS y el aumento en la eficiencia del sistema

Como se sugirió en el Capítulo 2, existe margen para obtener importantes ganancias en eficiencia. En el país y entre instituciones se observa una gran variación en el nivel y la intensidad de uso de los recursos. Por otra parte, los gastos administrativos son altos en extremo. Al mismo tiempo, se observa cierta heterogeneidad en la capacidad de los estados para ejecutar los nuevos mandatos luego de la descentralización. Además, se dice que, en

muchos casos, la administración en el nivel del prestador de servicios es débil, y, como se ha destacado, el suministro de materiales y equipo puede encontrarse en niveles que limiten el funcionamiento eficaz del sistema. Los incentivos que tienen los prestadores de servicios en el nivel individual e institucional no favorecen la búsqueda de ganancias en eficiencia.

No obstante, el SPSS proporciona algunos incentivos importantes para que los estados mejoren la oferta de servicios y su calidad, con la intención de fomentar la afiliación. Este incentivo se fortalece aún más en los estados que no han tenido una atención adecuada en las anteriores soluciones de financiamiento, pues la transferencia “por familia” que otorga el gobierno federal tendrá una ponderación en su favor. La evaluación en el Capítulo 2 apunta hacia inquietudes sobre la capacidad del sistema actual de los SESA para hacer llegar el paquete de servicios a los nuevos asegurados en el SP. El uso de servicios puede ser alto debido a que sienten que sus derechos recién adquiridos deberían aprovecharse, porque los servicios son gratuitos en el punto de prestación y por la autoselección (como en el caso de las mujeres embarazadas que entran al programa durante un periodo corto).¹⁸ A la luz de la apremiante situación financiera en el sector gubernamental, garantizar el aumento necesario en la oferta para mantener la afiliación sigue siendo un reto de política clave. La experiencia con el programa piloto del SP en cinco estados indica que sí es posible alcanzar el aumento necesario en la oferta para los nuevos afiliados al SP y mantener las tasas de reafiliación en más de 90 por ciento.¹⁹ Sin embargo, este programa piloto estuvo lejos de cubrir al total de la población no asegurada objetivo y las restricciones de oferta podrían ganar importancia si y cuando la mayoría de la población no asegurada elija unirse al nuevo programa.

Para obtener la máxima productividad, los sistemas de pago para los prestadores de servicios —tanto en el nivel individual como institucional— deben vincularse de manera estrecha con los aumentos en la oferta. El SPSS permite que las secretarías estatales de salud adquieran servicios de otros prestadores dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS), al igual que de otros estados, pero ha dejado libres a las entidades para asignar sus recursos. Las autoridades federales perciben que los estados están cambiando, de manera muy gradual, hacia las compras a prestadores alternativos sobre la base de costo y calidad y en función de distintos convenios contractuales, aunque la ley exige que se siga un modelo general para este tipo de convenio o contrato a fin de garantizar un conjunto mínimo de elementos clave (calidad, precio, etcétera). Con toda certeza, existirán dificultades para modificar la manera de pensar de las autoridades estatales para que cambien de sistemas de control y financiamiento basados en la oferta a esquemas basados en el consumidor, en los que el dinero sigue al paciente. En estas circunstancias, se enfrenta el riesgo de que los estados regresen a convenios existentes, donde sólo utilizan los fondos adicionales para aumentar los presupuestos de los prestadores de los SESA sin vincular los fondos a ganancias en productividad. Hasta que los estados cambien hacia la adquisición de servicios de los prestadores fuera de sus propios sistemas de SESA, no se lograrán progresos hacia un sistema de salud más integrado.

Los estados también pueden adquirir servicios del sector privado, lo que podría ser una manera apropiada de canalizar recursos, en especial donde exista escasez de oferta local o donde resulte más eficiente la contratación externa de ciertos servicios, como en el caso de los laboratorios de radiología o de análisis clínicos. En efecto, algunos estados se están dirigiendo por ese camino. Sin embargo, en los casos en los que se presenta capaci-

dad no utilizada en la oferta pública, los contratos con prestadores privados podrían crear incentivos complejos que surgen del hecho de que muchos médicos del sector público mantienen una práctica privada. Una mayor demanda de servicios en el sector público parece tener posibilidades de reducir su ingreso privado. En estas circunstancias, algunos doctores podrían disminuir su productividad al trabajar en el sector público, en especial si con ello aumentan las posibilidades de establecer contratos de prestación privada con la Secretaría de Salud. En vista de lo anterior, será de especial importancia atender la transparencia en la contratación en este renglón.

Lo anterior plantea cuestiones más amplias al respecto de las relaciones contractuales entre los profesionales de la salud y las secretarías del ramo de los estados y acerca del mejor enfoque para tratar con el ejercicio de empleos múltiples (Berman y Cuizon, 2004). Las políticas relacionadas con los recursos humanos siguen en manos de las secretarías de salud de los estados, aunque su margen de maniobra en este sentido está limitado por un contrato de trabajo en el nivel federal que existía previo a la descentralización y que todavía establece los salarios y las condiciones de trabajo. De este modo, los cambios con el objeto de introducir modificaciones a partir del sistema actual basado en el pago de salarios tal vez sean difíciles. En entrevistas con las autoridades se apunta hacia la posibilidad de que se esté prestando una atención inadecuada a las horas trabajadas por el personal médico. Es posible que se lograran algunas ganancias en eficiencia al prestar mayor atención al cumplimiento de las condiciones contractuales.

Ante la falta de métodos para vincular el financiamiento con la producción, es probable que surjan tensiones institucionales importantes. De aquí que se pueda esperar que el personal médico luche por mayores salarios.^{20,21} La presión para aumentarlos podría ser aún más intensa si los médicos del sector público, que ejercen también en consulta privada, enfrentan reducciones en sus ingresos privados al cambiar la demanda hacia el sector público. En el nivel del prestador de servicios, es posible esperar que los proveedores de los SESA y los sindicatos compitan de manera intensa por captar la mayor proporción de recursos nuevos. Asimismo, podría esperarse que se resistan a la introducción de pagos sobre la base de servicios prestados y que eviten la competencia con otros prestadores de servicios, como IMSS-Oportunidades o los prestadores del sistema de seguridad social.

3.2.4 La sustentabilidad financiera del SPSS y la equidad entre los estados en términos de recursos para servicios de salud

El gobierno estima que, durante el periodo comprendido entre 2004 y 2010, se dará un incremento considerable en el gasto público para la población no asegurada. Si se supone que todas las familias no aseguradas se suscriben a la cobertura del Seguro Popular (SP) y que la proporción actual de la población no asegurada en la población total sigue sin cambio, el gasto per cápita en la población no asegurada aumentaría en cerca de 85 por ciento, para alcanzar niveles ligeramente superiores al promedio del gasto público per cápita para los actualmente asegurados (Comentario de la Secretaría de Salud). Cálculos del gobierno indican que el aumento en el gasto al final del periodo podría situarse en alrededor de 0.8 por ciento del PIB actual y entre 0.6 y 0.7 por ciento del PIB una vez que se tomen previsiones para el crecimiento económico entre hoy y 2010. El monto preciso dependerá de la afiliación al sistema, pues no toda la población no asegurada se integrará al SP y de si el número de personas no aseguradas es en la actualidad mayor que lo supuesto en estas

proyecciones (Recuadro 2.6). No obstante, se observará un aumento sustancial en el gasto federal y estatal en salud para las personas no aseguradas de alrededor de 0.9 por ciento del PIB en 2002 a cerca de 1.6 por ciento en 2010.²²

Se pueden mencionar cuatro temas centrales con respecto al financiamiento de la nueva reforma. Primero, a la luz de las restricciones fiscales comentadas en el Capítulo 2, seguirá siendo muy difícil liberar recursos de las obligaciones vigentes. También, surge el hecho importante de que las autoridades federales no tienen margen de maniobra fiscal. En efecto, antes de poder ampliar el programa se requerirá el acuerdo de la SHCP. En la coyuntura actual, se espera que el crecimiento aumente. Esto, combinado con el estímulo de precios más altos del petróleo, puede generar cierto incremento en los recursos del gobierno federal. No obstante, la culminación de la reforma en el largo plazo quizá dependerá del aumento en los ingresos mediante una reforma tributaria.

Segundo, los recursos adicionales totales que entren al sistema podrían ser menores a lo esperado si la afiliación al SP es menor que lo proyectado. Como se comentó en la sección 3.2.1, los grupos de ingresos medios y altos podrían combinar el autoaseguro para la atención ambulatoria con un seguro privado de gastos catastróficos, o unirse al SSF. Lo anterior puede tener un impacto importante en los recursos adicionales que fluyan al sistema. Las simulaciones sugieren que si, por ejemplo, 20 por ciento de la población no asegurada en la actualidad no se afilia al SP, se reducirán en 30 por ciento los recursos adicionales para este segmento al final del periodo de transición. Hasta que puedan observarse las decisiones que tomen los grupos de ingresos medios, seguirá persistiendo cierto grado de incertidumbre sobre la cantidad de recursos disponibles para aumentar la oferta.

Tercero, es probable que se presenten ciertas incongruencias en la temporalidad entre el incremento en la demanda de las familias nuevas que ingresan al SP, por una parte, y los recursos financieros nuevos y la oferta asociada de servicios de salud por otro. De acuerdo con la situación actual, la Cuota Social (CS) se paga por cada nuevo afiliado al sistema. Sin embargo, el ingreso nuevo que proviene de las Aportaciones Solidarias Federal (ASF) y Estatales (ASE), que representa dos terceras partes del financiamiento adicional, se asignará sólo cuando los montos fijados por Ley de las aportaciones solidarias excedan lo que se gasta en el sistema en la actualidad (Recuadro 3.1). Al suponerse que el aumento en la afiliación al SP se distribuye de manera uniforme a lo largo del periodo de transición, los recursos frescos de esta segunda fuente no llegarán a la mayoría de los estados sino hasta después de 2006, cuando se calcula que cerca de la mitad de la población no asegurada será miembro del SP.²³

Aunque las previsiones presupuestarias para la transición ayudarán, satisfacer el aumento de la demanda requerirá lograr aumentos significativos de eficiencia durante los primeros años de la transición. En este contexto, es posible que surjan dos problemas. Como se destacó, la adquisición de medicamentos que realiza la Secretaría de Salud y los SESA es baja en la actualidad y tendrá que aumentar al inicio del periodo de transición. Aunque es difícil medir el costo financiero asociado de esta medida, el gasto en fármacos tendría que aumentar en cerca de 0.2 puntos porcentuales del PIB para traer el gasto per cápita en el sistema de la Secretaría de Salud a los niveles que se observan a la fecha en la seguridad social. Además, podría ser necesario contar con un mayor abasto de material médico y de cierta inversión en la reparación de equipo antiguo o la compra de nuevo para lograr aumentos en eficiencia en el sistema de los SESA.

En promedio, la Aportación Solidaria Estatal (ASE) representa 6.3 por ciento de las transferencias generales de las autoridades federales hacia los estados (Ramo 28). Sin embargo, los estados que, a la fecha, gastan en comparación poco en el sistema, deberán obtener recursos presupuestarios significativamente mayores para pagar su aportación solidaria. En este caso, se trata de estados donde los ingresos promedio son bajos, donde la proporción de asegurados potenciales en el SP con respecto a la población total es alta y donde la necesidad de contribuir recursos adicionales en el renglón del SPSS vendrá en primer lugar. Seis estados tendrán una aportación solidaria superior a 7.5 por ciento de su gasto general (neto de transferencias etiquetadas). Sin embargo, el impacto económico de esto se verá compensado de manera parcial por mayores proporciones de la aportación solidaria en general que llega a los estados que han recibido en el pasado transferencias per cápita más bajas por parte de las autoridades federales (mediante el FASSA).

3.2.5 Implicaciones y gobernabilidad del desarrollo del sistema en el largo plazo

El SPSS ha mejorado el papel de rectoría de la Secretaría de Salud. El requisito de que los prestadores de servicios para las personas afiliadas al SP tengan acreditación y/o certificación para cumplir ciertas normas mínimas mejora el papel de supervisión de las autoridades federales en este renglón. Aunque es posible que las restricciones de oferta limiten la rapidez con la que podrían introducirse las políticas, estas disposiciones dan un impulso adicional al aumento de la calidad, pues la certificación ha sido voluntaria hasta la fecha. El SPSS también proporciona a las autoridades un mayor control sobre la inversión y la distribución de la oferta nueva. El establecimiento de unidades de prestación de servicios nuevas requerirá de un certificado de necesidad y los recursos se canalizarán hacia zonas con escasez de servicios sobre la base de la información contenida en el Plan Maestro de Infraestructura. Por último, el SPSS requiere que se lleven a cabo evaluaciones continuas de resultados y, en este contexto, otorga mayores facultades a la Secretaría de Salud para la recolección de información.

Aunque las reformas actuales deberían llevar a logros importantes para ampliar la cobertura de salud del sistema y corregir desigualdades en el nivel de financiamiento de los estados, las modificaciones introducidas en la reforma actual no llevarán a una mayor unificación en el nivel de la rectoría y gobernabilidad del sistema. Como se destacó en el Capítulo 1, la Secretaría de Salud carece de autoridad plena sobre el diseño y establecimiento de parámetros para el sistema global de salud, y sólo desempeña un papel de coordinación y consulta en lo relacionado con las entidades de la seguridad social. Las reformas recientes no cambiarán esta situación.

Las reformas recientes y los objetivos de largo plazo

En vista de lo anterior, se necesita alcanzar un consenso entre los diversos participantes acerca de la mejor manera para superar la segmentación o fragmentación actual del sistema en el nivel de aseguramiento y prestación de servicios. Esta tarea se dificulta debido a los distintos mandatos y objetivos de las diversas instituciones que prestan servicios y seguros de salud. Los aseguradores sociales ofrecen un paquete extenso de seguridad social además de los servicios de salud y, en particular, el IMSS ha alimentado el objetivo de ofrecer un paquete más amplio de seguro social (para incluir pensiones y otros riesgos, además de los servicios de salud) a la población general. En cambio, las inquietudes de la Secretaría de Salud se relacionan más de cerca con la mejoría del desempeño en el sistema

de servicios de salud, por ejemplo, mediante la reducción de las ineficiencias inherentes a la segmentación del seguro de salud. Esto, a su vez, casi seguramente requeriría la separación de los servicios de salud de los demás componentes de la seguridad social. Por ejemplo, el establecimiento de un sistema menos segmentado podría implicar la disociación del componente de salud del resto del sistema de seguridad social y la creación de un esquema de salud con bases amplias y un solo paquete de aseguramiento, tal vez un solo asegurador y una fuente única de financiamiento.

En ausencia de consolidación, la existencia de un paquete más de aseguramiento tenderá a aumentar en lugar de reducir la segmentación existente del sistema en el nivel del seguro de salud y, como se destacó, podría tener el potencial de crear problemas para migrar de un programa a otro. Por otra parte, el SPSS y el SP podrían contribuir a crear un entorno menos fragmentado en el nivel del prestador de servicios. En este contexto, el resultado dependerá de la capacidad y voluntad de los diversos “aseguradores” para cambiar hacia un modelo de compra, en el cual los fondos sigan al paciente en lugar de utilizarse para financiar la oferta de servicios. Aunque las reformas y los convenios en el marco del CSG han establecido los fundamentos para la contratación, aún no queda claro si los “aseguradores” estarán dispuestos a realizar adquisiciones con proveedores distintos a los suyos. La garantía de calidad alta para todos los prestadores de servicios será una condición importante para tener éxito en este rubro.

Parece observarse una variación considerable entre estados en su capacidad para introducir este tipo de políticas. Para que tengan éxito, las autoridades federales deberán asumir un papel más fuerte en el establecimiento de las instituciones apropiadas en el nivel estatal —por ejemplo, los regímenes estatales (Regímenes Estatales de Protección Social en Salud)— y coordinar un enfoque común para el desarrollo de políticas en este sentido, en especial en lo relacionado con la fijación de precios.

Notas

1. En el futuro, esta integración o mancomunidad podría incluir riesgos que enfrentan las instituciones de la seguridad social y que podría valer la pena integrar en el nivel nacional (como los relacionados con el VIH/SIDA).
2. Comunicado por la Secretaría de Salud.
3. La proporción sin incluir al Distrito Federal y Tabasco que muestran un gasto estatal per cápita en forma significativa más alto que otros estados, es de 110 a 1.
4. Comunicación de la Secretaría de Salud.
5. En promedio, todas las familias afiliadas al SP recibirán 1.5 veces la Cuota Social (CS) como Aportación Solidaria Federal (ASF). Sin embargo, esta contribución por familia puede variar para cada estado, con base en la fórmula.
6. Este plan ha sido llevado a cabo por una entidad nueva, el Centro Nacional para la Excelencia Tecnológica (CENETEC), que también proporciona información sobre evaluaciones de tecnología para diseñadores de políticas.
7. Aunque el enfoque actual consiste en prestar servicios de manera gratuita en el punto de prestación de los mismos, la nueva ley permite el cobro de cuotas reguladoras, por ejemplo, en los casos en los que sea posible el uso excesivo de ciertos servicios. Conforme aumenta la proporción del SP en el total de la población no asegurada, las cuotas de recuperación existentes (que no mantienen relación alguna con los costos y varían en cada institución) se reducirán de manera progresiva en términos de su alcance y sólo se aplicarán a aquellas personas que no estén afiliadas al SP y a servicios que no se incluyan en el paquete de aseguramiento del SP.

8. Nótese que el reembolso a los hospitales mediante el fondo catastrófico sólo cubrirá los costos marginales asociados con el tratamiento de la enfermedad (como medicamentos o material de cirugía) pero no cubrirá el componente salarial o los costos de infraestructura. El costo de la mano de obra y la infraestructura ya son cubiertos por el presupuesto periódico que reciben los hospitales pertenecientes a los SESA o al gobierno federal, pero deberá aumentar en el futuro en la medida en que se amplíe el fondo catastrófico.
9. Esto refleja en parte el hecho de que la cobertura se incluye sólo donde el tratamiento se considere costo-efectivo y ha demostrado tener beneficios médicos.
10. Se desconoce la reacción de las personas que ya reciben atención en el programa IMSS-Oportunidades (para quienes el servicio es gratuito). La calidad de los servicios prestados por medio del programa IMSS-Oportunidades parece ser mejor que los SESA aunque los segundos están mejor equipados y están en mejor situación en términos de personal (Kroeger y Hernández, 2003). Quienes tienen acceso a estos servicios podrían tener un incentivo menor para afiliarse al SP.
11. Sin embargo, como se comentó en el Capítulo 2, el programa del SSF no parece ser sustentable en términos financieros y podría resultar necesario aumentar aún más las primas. Debido a que las primas del SSF son en consideración más altas que para el SP, podría existir un incentivo para cambiar del SSF al SP.
12. Para el primer decil, la proporción de medicamentos en el gasto total de bolsillo en salud es apenas inferior a 60 por ciento, y se eleva a 65 por ciento en las familias que tienen gastos catastróficos.
13. Merece la pena destacar la peculiar estructura de gasto del primer decil. La proporción alta de gasto privado en fármacos en el total y el nivel bajo de gasto en atención ambulatoria y hospitalaria privada, en comparación con los deciles más altos, sugiere que las personas podrían no tener acceso a medicamentos (en términos financieros), pero que pueden recibir tratamiento en hospitales de la Secretaría de Salud.
14. Esta importancia se confirma por simulaciones que muestran que un cambio de las adquisiciones en el sector privado hacia la oferta gratuita en el sector público de medicamentos y atención ambulatoria, tiene el impacto más importante en la equidad del financiamiento. En Knaul *et al.* (2003), se muestra que la proporción de las familias que enfrentan gastos catastróficos caería de 3.4 por ciento a 1.9 por ciento y 2.2 por ciento, respectivamente, si la atención médica que en la actualidad se adquiere de forma privada fuese prestada de forma gratuita en el sector público. Esto también refleja el hecho de que la atención hospitalaria y de maternidad privada se concentra más entre las familias con mejores ingresos, donde el riesgo de enfrentar gastos catastróficos es menor.
15. Esto puede ser reflejo de incentivos débiles asociados con los convenios presupuestarios actuales para los hospitales, el predominio de los pagos con base en salarios para los profesionales de la salud y la importancia que muchos médicos asignan al ejercicio privado de la profesión.
16. Por ejemplo, se podrían crear sinergias al hacer obligatorios los estudios de certificación para prestadores de servicios de calidad baja y ofrecer recursos etiquetados para lograr mejoras ponderables en unidades individuales de prestación de servicios.
17. En México, la acreditación es un proceso obligatorio para las unidades prestadoras de servicios de salud que deseen prestar estos servicios por lo menos bajo el SPSS. La acreditación se centra en la disponibilidad de la infraestructura, los recursos humanos necesarios, el procesamiento de los servicios y la capacidad de ofrecer la atención necesaria. Asimismo, sólo es necesario realizar el proceso una vez. Por su parte, la certificación es un proceso voluntario que pueden solicitar todas las unidades de prestación de servicios de salud y se relaciona con la posibilidad de que todos los servicios que presta la unidad cumplan con ciertas normas establecidas. En este caso, se establece un conjunto más amplio de criterios de evaluación y el resultado tiene límites temporales (dos años para México). Así, podría considerarse la certificación como un programa de mejora continua de la calidad. En México, los prestadores de servicios especializados que pertenecen al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos deben estar certificados y acreditados.
18. Las entrevistas con funcionarios estatales indicaron inquietudes, con base en la experiencia de los estados donde se realizó la prueba piloto del SP, sobre un posible incremento en la demanda por parte de personas que, al obtener un seguro (que en algunos casos pagaron), exijan tratamientos innecesarios. Los funcionarios informaron haberse entrevistado con colegas que enfrentaron este tipo de problema en algunos estados donde se aplicó la versión piloto del SP.

19. También puede darse el caso de que los afiliados al SP recibieran preferencia en los tratamientos para garantizar mayores niveles de satisfacción.
20. Es posible que se generen presiones adicionales derivadas del hecho de que una serie de entidades han contratado personal, en etapas recientes, bajo la modalidad de contratos temporales y con menor salario, y en algunas ocasiones sin cobertura de la seguridad social. (Estos trabajadores se estiman en alrededor de 40 000 o poco menos del 20 por ciento del total de empleados reportados por la Secretaría de Salud). La integración de estos trabajadores en el contrato laboral existente incrementará los costos salariales totales para los prestadores de servicios de los SESA.
21. En años recientes, en un conjunto de países —incluidos Canadá y el Reino Unido— se encontró que una proporción significativa del aumento en el gasto público en servicios de salud fue absorbida en mayores salarios para los profesionales del sector.
22. La asignación de recursos para el SPSS deberá ser congruente con los recursos disponibles y las restricciones presupuestarias macroeconómicas. La introducción del nuevo sistema podría entonces prolongarse más allá del plan de transición de siete años que se contempla en la actualidad.
23. De acuerdo con estimaciones de la OCDE, una porción significativa del monto total de la ASF no será canalizada sino hasta después dentro del periodo de transición (véase Recuadro 3.1), aunque los efectos de esto sobre la capacidad de los estados para financiar sus nuevas obligaciones bajo el SPSS podrían atenuarse mediante el financiamiento adicional temporal durante el periodo de transición. En 2004, 1.2 miles de millones de pesos se asignaron a los estados para este fin.

Capítulo 4

Desafíos y opciones de política para la puesta en marcha de reformas adicionales

Capítulo 4. *En este capítulo se presentan algunas conclusiones sobre el desempeño del sistema de salud en México y los retos que enfrentan los diseñadores de políticas. Asimismo, se incluyen varias recomendaciones para mejorar el sistema en el futuro.*

La situación de la salud en México ha mejorado...

Durante las dos últimas décadas, el sistema de salud en México ha recorrido un largo camino, se han observado logros importantes. Así, se registran mejorías en una gama amplia de indicadores de las condiciones de salud y la morbilidad. De igual manera, destaca el cambio progresivo en los patrones de mortalidad para asemejarse a los que se manifiestan en la mayoría de los demás países de la OCDE. Las personas viven más tiempo y la mortalidad infantil y en menores de cinco años de edad continúan en claro descenso. Por otra parte, también se advierten avances en la reducción de la mortalidad materna.

... y las políticas han atendido una serie de problemas importantes.

Estos éxitos no sólo reflejan los resultados del aumento en el nivel de vida, sino también los esfuerzos de gobiernos sucesivos dirigidos a mejorar las condiciones de salud de la población. A lo largo de las últimas décadas, se ha puesto énfasis considerable en los programas de prevención. Estos programas parecen haber logrado un éxito significativo. Se han alcanzado niveles muy altos de vacunación, mientras que, de manera simultánea, se han logrado avances en el control de otras enfermedades contagiosas y en garantizar una mejor higiene básica. Además, los programas como Oportunidades y el PAC —con sus unidades móviles— han aumentado, de manera importante, el acceso a los servicios de salud en zonas remotas.

Sin embargo, México aún está rezagado con respecto a la mayoría de los demás países de la OCDE...

A pesar de estos avances, aún existe un largo camino por recorrer antes de que México alcance los niveles promedio de la OCDE en términos de salud. Los fallecimientos ocasionados por enfermedades infecciosas y por afecciones infantiles, así como los padecimientos endocrinos, nutricionales y metabólicos y las muertes por causas externas (como suicidios, violencia y accidentes), siguen siendo en comparación altas. Las cifras de mortalidad infantil y, en especial, la mortalidad materna, aún se sitúan en niveles bastante superiores al promedio de la OCDE.

...y existen grandes diferencias en las condiciones de salud en el país.

También se observan grandes diferencias en los patrones de mortalidad y morbilidad entre estados, que se relacionan con una gama de factores socioeconómicos. Por ejemplo, la correlación alta que se observa entre la mortalidad infantil y el índice de marginación por estado es un recordatorio elocuente de este hecho. Los estados más ricos tienen patrones de mortalidad y morbilidad más similares a los de países más desarrollados de la OCDE, mientras que las entidades más pobres del centro y sur del país muestran niveles más parecidos a los de países mucho menos desarrollados.

El sistema de salud es complejo en forma innecesaria...

La estructura institucional para la prestación pública de servicios de salud en México destaca por su complejidad. Existe una gama de aseguradores, que a la vez son prestadores de servicios, integrados de manera vertical (IMSS, ISSSTE, PEMEX, la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud, SESA) y que atienden a sus propias poblaciones objetivo. Además, se observa un cúmulo de programas federa-

les adicionales que a menudo se dirigen a grupos poblacionales específicos. Esta diversidad incrementa los costos fijos, impide racionalizar la oferta en el nivel operativo y dificulta la capacidad de regir el sistema. El sector privado no está regulado en general, aunque presta poco más de la mitad de la oferta total en términos de valor.

La descentralización hacia los estados de las responsabilidades de atención médica para las personas no aseguradas buscó romper con un enfoque de centralización alta en la prestación de servicios de salud para este grupo de población. Esto puede haber provisto a las entidades federativas que cuentan con equipos más sólidos en el diseño de políticas de la flexibilidad necesaria para adaptar los programas a las necesidades locales. Sin embargo, la dispersión de responsabilidades y poderes en la nueva organización dificulta más la coordinación de política y contribuye a observar costos administrativos relativamente altos.

...un sector público con carencias de financiamiento e ineficiente se refleja en un alto gasto privado...

El nivel de gasto total en servicios de salud no está muy alejado de lo que podría esperarse para un país con el nivel de desarrollo de México. Sin embargo, la gran proporción de gasto directo o de bolsillo en servicios médicos contrasta de manera significativa con el de la mayoría de los países de la OCDE, lo que sugiere que el sistema público podría carecer del financiamiento necesario o ser ineficiente. La falta de oferta pública o el uso ineficiente de los recursos existentes conduce a que la demanda por servicios de salud se vuelque hacia el sector privado.

...el acceso a servicios de calidad está distribuido de manera desigual entre los estados y entre las instituciones...

El sistema de seguridad social recibe bastante más recursos para atender a sus afiliados que los servicios que prestan la Secretaría de Salud y los SESA. Los estados más ricos de la República Mexicana se benefician de niveles más altos de cobertura de la seguridad social así como de mayores recursos para los no asegurados. En las zonas urbanas, en especial en la Ciudad de México, se ubica la mayor parte de los servicios de salud, mientras que en las zonas rurales no se cuenta con suficiente oferta.

... y la eficiencia del sistema en función de sus costos es deficiente.

Se observa un margen amplio para obtener ganancias importantes de eficiencia en el sistema, incluso cuando éstas sean difíciles de cuantificar. El sistema aún parece marcado por un historial de toma de decisiones centralizada y de métodos burocráticos ineficientes como, por ejemplo, en el suministro de fármacos a los prestadores de servicios. Con base en datos comparativos de la OCDE, los gastos administrativos y de rectoría también parecen ser altos en relación con los estándares de otros países de la Organización, incluso de aquéllos con una estructura federal.

El grado e intensidad en el uso de los recursos varía ampliamente entre estados e instituciones. La capacidad de las entidades para ejecutar los mandatos nuevos derivados de la descentralización parece ser heterogénea. La administración en el nivel local es débil en muchos casos y el abasto de materiales y equipo podría ser insuficiente para que los prestadores de servicios funcionen con eficacia. Los incentivos que enfrentan los prestadores de servicios, tanto en el aspecto individual como el institucional, no favorecen la búsqueda de ganancias en eficiencia. A la luz de una situación financiera con poco margen de maniobra en el sector

gubernamental, resulta importante explotar estas reservas de eficiencia tan pronto como sea posible.

4.1 Temas sobre financiamiento y acceso a los servicios

El Seguro Popular de Salud (SP) debería aumentar de manera considerable el acceso a los servicios de salud para la población no asegurada...

Los temas relacionados con las deficiencias en el acceso a los servicios médicos en México se vinculan de manera estrecha con el bajo financiamiento público de los servicios de salud. En este contexto, la introducción reciente del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y, en particular, del Seguro Popular de Salud (SP), ha generado la perspectiva de lograr una mejoría marcada en la cobertura efectiva contra el riesgo financiero que representan los costos de la atención médica en el corto y mediano plazos. Cuando se introduzca en su totalidad, el paquete nuevo del SP aumentará de manera sustancial la posibilidad de prestar servicios médicos a aquellas personas que en la actualidad no cuentan con seguridad social y resolverá en gran medida el tema de la falta de acceso a estos servicios por motivos financieros. Debido a que está financiado casi en su totalidad mediante impuestos, debería ser progresivo en términos de su impacto distributivo. Asimismo, introduce un método para minimizar —o, incluso eliminar— las diferencias en el financiamiento público entre quienes están cubiertos por la seguridad social y quienes no lo están; así como entre los niveles de transferencias federales a los distintos estados; y en las asignaciones presupuestarias de los estados para el renglón de salud. Por último, al establecer un Plan Maestro de Infraestructura para los servicios médicos, proporciona un vehículo para lograr una mejor distribución de estos servicios.

...pero la disponibilidad de servicios de salud debe mejorar aún más.

Una cobertura mayor de aseguramiento en salud no aumentará, por sí sola, la oferta disponible de servicios de salud. Esto dependerá de la capacidad de los prestadores de servicios para ampliar la oferta de atención médica en regiones donde ésta no es adecuada, en especial en las zonas rurales donde, a menudo, existen puestos vacantes. Es posible que resulte necesario continuar y, tal vez, ampliar los servicios móviles de salud, al igual que lograr un mejor acceso a los equipos de alta tecnología y a los hospitales de tercer nivel. El Plan Maestro de Infraestructura es un primer paso en esta dirección, y éste será apoyado mediante los recursos adicionales reservados para inversión dentro del marco del SPSS. No obstante lo anterior, es probable que exista aún un largo camino por recorrer para mejorar el acceso a los servicios entre la población rural y los pobres urbanos y, en especial, las políticas deben prestar atención particular a esta meta. Es posible que la mejor manera más costo-efectiva para mejorar los resultados de salud consista en enfocar los recursos nuevos hacia zonas donde las condiciones de salud sean bajas en la actualidad.

La aceptación del Seguro Popular (SP) es incierta...

Aunque el Seguro Popular de Salud (SP) parece ser muy atractivo para los grupos de bajos ingresos (casi todos los afiliados actuales se encuentran en los tres deciles más bajos de la distribución del ingreso), los grupos de ingresos medios que en la actualidad no están asegurados podrían preferir otras opciones, como el autoaseguro para servicios ambulatorios con aseguramiento privado para gastos mayores o el Seguro de Salud para la Familia (SSF). Una cobertura que no es total significará menos transferencias por parte de las autoridades federales, con lo que se limitaría el monto de recursos financieros frescos que ingresan al sistema. El nivel de

aceptación dependerá, entonces, de garantizar que los servicios sean accesibles y de calidad.

....y el financiamiento de la reforma será difícil.

De acuerdo con lo estimado por las autoridades mexicanas, en el supuesto de que todas las personas no aseguradas se suscriban al SP, a partir de ahora y hasta el año 2010 será necesario recolectar recursos fiscales federales adicionales equivalentes a casi dos terceras partes de 1 punto porcentual del PIB. Como se subrayó en capítulos anteriores, el margen de maniobra fiscal es limitado, lo que refleja la baja participación de los impuestos en el PIB y las restricciones que imponen los programas con padrón de beneficiarios existentes y el pago de intereses de la deuda pública. De esta manera, la ejecución plena de la reforma para 2010 podría requerir el logro de un consenso en lo relacionado con la reforma fiscal y el aumento de la recaudación tributaria a partir de su nivel actual, que es en términos comparativos bajo. De no lograrlo, será necesario ampliar el periodo de transición más allá de 2010. En el nivel estatal, el financiamiento de la Aportación Solidaria Estatal (ASE) al Seguro Popular (SP) también podría ser motivo de problemas, en especial para los estados que en la actualidad gastan una proporción menor de sus recursos en servicios de salud. Puesto que, a menudo, estas son las entidades más pobres, es posible que estos recursos presupuestarios adicionales sean más difíciles de obtener.

4.2 Temas de calidad y eficiencia

Es poco probable que se requiera el copago entre el corto y mediano plazos.

Dada la desigualdad de acceso en el sistema actual, la inexistencia del uso de copagos bajo el enfoque actual es atractiva. El uso reducido del sistema de servicios de salud sugiere que la población no “abusa” del sistema. De hecho, es posible que esté sucediendo lo contrario. En el largo plazo, y dependiendo de cómo se desarrollen los patrones de demanda, podría resultar deseable observar cierto incremento en el uso de copagos. Cabe apuntar que estas herramientas están consideradas en la Ley. Los copagos deberían estructurarse de manera que no nulifiquen el objetivo esencial del SPSS, es decir, proporcionar un acceso factible para toda la población a un seguro de salud prepagado. Si se introdujera el copago, éste debería excluir a los grupos de bajos ingresos.

Un desafío clave es el aumento en la eficiencia de los servicios públicos de salud.

El SPSS y su sistema de financiamiento contienen una serie de incentivos atractivos. Dado que la afiliación al Seguro Popular (SP) es voluntaria y la transferencia de dinero federal adicional está sujeta a la afiliación, los estados tienen un fuerte incentivo para garantizar que la población hoy en día no asegurada se afilie y continúe así. No obstante, una proporción importante de los recursos generales para financiar la atención médica adicional estará disponible más adelante en el periodo de transición que termina en 2010. Lo anterior podría dificultar la prestación de servicios de salud de alta calidad para los miembros del SP durante los primeros años de la reforma. Así, mejorar la eficiencia en forma rápida será de importancia clave para el éxito del nuevo esquema. Los análisis sugieren que existen ganancias potenciales de productividad considerables en el sistema actual, tanto en el interior de los SESA y, en menor medida tal vez, dentro del sistema de seguridad social.

Es urgente prestar atención a los altos costos administrativos.

El sistema actual no parece estar bien administrado o manejado. Los costos administrativos son muy altos y deberían realizarse esfuerzos para movilizar estos recursos hacia tareas más productivas. Estos esfuerzos podrían facilitarse si las autoridades emplearan algunos de los recursos liberados para realizar inversiones en capital humano en temas relacionados con prácticas administrativas modernas, en especial para los servicios de los SESA. El IMSS ha logrado ya cierto éxito en esta área mediante la reducción del personal administrativo en más de 10 000 empleados desde el principio de la década.

Para funcionar, los prestadores de servicios requieren de un nivel adecuado de insumos.

La baja eficiencia en la prestación de servicios puede ser reflejo de los efectos de la severidad de las restricciones presupuestarias del pasado sobre el suministro de material y fármacos, más que sólo un problema administrativo o de programación. Es posible que también sea necesario contar con personal adicional en el ámbito de los servicios de salud (como personal técnico en los hospitales y las unidades de los SESA en las zonas rurales). El suministro de existencias adecuadas de medicamentos es en especial importante para que el SP sea atractivo, como lo es su distribución a los prestadores de servicios. Este es un renglón que podría estar listo para considerar su contratación externa, con servicios de suministro prestados por empresas privadas. Los costos en este rubro pueden ser considerables. Incluso con los precios de los medicamentos genéricos bajos, los SESA deberán gastar hasta 0.2 por ciento del PIB únicamente para alcanzar los niveles de gasto per cápita en medicamentos que se registran en la actualidad dentro del sistema de seguridad social. Este hecho absorberá una parte considerable del aumento esperado en los recursos provenientes del SPSS. La Cuota Social (CS) del gobierno federal debería contribuir a garantizar que se disponga de recursos adecuados al principio del periodo de transición, aunque podría requerirse más gasto anticipado.

Un mejor equilibrio entre médicos y personal de enfermería podría ser más costo-efectivo.

En comparación con los países de la OCDE, existe un nivel de médicos per cápita bajo y una proporción alta de médicos en relación con el personal de enfermería. Debido a que éste último en general gana menos que los primeros, el aumento en el número de personal de enfermería en comparación con los médicos y el incremento de sus responsabilidades en la prestación de servicios podría permitir que el financiamiento adicional que proviene del SPSS alcanzara mayores niveles de prestación de servicios de salud. La experiencia internacional sugiere que el personal de enfermería puede realizar una gran variedad de tareas, de modo que parecería existir un amplio espacio de exploración en este rubro.

Es necesario que se dé una división más clara entre el comprador y prestador de servicios, y la contratación con proveedores...

Los arreglos institucionales en los segmentos individuales que se observan en el sistema de servicios de salud en México son paralelos a los sistemas de integración vertical que eran típicos de los servicios nacionales de salud de muchos países del norte de Europa o en el Reino Unido y Nueva Zelanda antes de sus respectivas reformas (Recuadro 4.1). Como es bien sabido, los prestadores de servicios tienen pocos incentivos en estos sistemas. Para desarrollar estos incentivos, se llevaron a cabo reformas en varios de estos países miembros de la OCDE para distinguir entre: i) el asegurador/pagador como comprador de servicios (que actúa como agente de los asegurados), y ii) los prestadores de servicios de salud. Las relaciones entre ambas partes están delimitadas por medio de contratos que espe-

cifican la cantidad y calidad de los servicios que han de prestarse a cambio del pago. Esta política parece haber tenido cierto éxito y debería recibir atención cercana por parte de los diseñadores de políticas en México. En efecto, el IMSS parece dirigirse de manera progresiva en esta dirección.

Recuadro 4.1 **Experiencias internacionales en la contratación entre compradores y prestadores de servicios**

Diversos países con sistemas integrados (Australia, Italia, Nueva Zelanda, Portugal, el Reino Unido, Suecia y, de manera reciente, Grecia y la República Eslovaca) se han movido hacia la separación del papel de los compradores o adquirientes de servicios de salud y los prestadores de servicios, con contratos que vinculan a ambas partes. También se observa la compra de servicios más activa en países con modelos de seguridad social como Alemania y Bélgica, mientras que el papel de los compradores se ha fortalecido en el modelo de medicina administrada en Estados Unidos. La mayor parte de los países se han centrado en el sector de hospitales, pero en el Reino Unido y Nueva Zelanda también se ha experimentado con este tipo de arreglos contractuales en el segmento de atención ambulatoria.

Los contratos permiten el establecimiento de metas en términos de control de costos, de eficiencia y calidad de la atención y, de manera usual, definen el volumen y el nivel de calidad del servicio que se espera que ofrezcan los hospitales durante el periodo presupuestario, así como el método de pago. También se está prestando cada vez más atención a los incentivos inherentes a los métodos de pago. La falta de información sobre el verdadero costo de los recursos en renglones específicos o en episodios de atención médica ha sido un problema en particular. Como resultado de esto, se ha empleado una serie de métodos de contratación, que van desde las subvenciones en bloque hasta arreglos más sofisticados de pago a futuro, como los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Esta división entre compradores y prestadores de servicios por lo normal está acompañada de mayor independencia administrativa y operativa para cada prestador, al que se responsabiliza por los resultados obtenidos.

A pesar de las dificultades de ejecución, la mayoría de los países ha reconocido los beneficios que ofrecen estos arreglos. En la actualidad, existe una mayor conciencia de los prestadores de servicios sobre la necesidad de ser más costo-efectivos en un entorno de restricción presupuestaria. También son mucho más conscientes de la necesidad de responder a las demandas de los pacientes en el renglón de calidad y oportunidad en el tratamiento. Ahora está disponible una cantidad mayor de información sobre el desempeño del sistema y, como resultado, los compradores tienen una capacidad mejor para evaluar el desempeño, asignar recursos de forma más coherente y para garantizar que se alcancen las metas de calidad.

No obstante lo anterior, aunque la mayor parte de los países que siguen este enfoque no se han desviado de su curso, existe un menor consenso sobre la mejor manera de crear los incentivos adecuados para los prestadores de servicios dentro de estas relaciones contractuales. En este sentido, se ha dado un debate constante sobre: la situación legal de la entidad prestadora de los servicios y el nivel de riesgo financiero que debería asumir; el método de pago a prestadores de servicios; el modelo administrativo y el grado de independencia de gestión en el caso del prestador; el grado en que el paciente puede ejercer su capacidad de elección; y la conveniencia y grado de competencia casi de mercado que se da entre prestadores. En relación con esto último, la competencia efectiva en estos mercados ha demostrado, en la práctica, que es muy difícil de generar y aún más difícil de mantener, como se desprende de la experiencia reciente en Estados Unidos con los servicios de atención médica administrada.

Recuadro 4.1 **Experiencias internacionales en la contratación entre compradores y prestadores de servicios** (cont.)

Un enfoque alternativo, que ha mostrado resultados positivos en algunos países, consiste en dar a los pacientes libertad de elección con respecto a los prestadores de servicios en combinación con un convenio de pagos a futuro (prospectivo). Esto significa que resultaría más difícil contratar de manera selectiva con prestadores de servicios, pero impulsa a los hospitales a prestar servicios de alta calidad y de manera oportuna para atraer pacientes (Docteur y Oxley, 2003).

Los países que han realizado reformas no consideran que el cambio de los sistemas de mandato y control hacia las soluciones contractuales sea un proceso fácil. En las etapas iniciales, las funciones de cada una de las dos partes contratantes parecen artificiales, debido a que las personas son las mismas aunque sus funciones difieran. A menudo ha sido necesario pasar por un largo periodo de adaptación, a fin de acumular experiencia y habilidades administrativas y ha sido necesario canalizar recursos considerables hacia nuevas funciones de gestión y ejecución. También se observa la necesidad de realizar un cambio marcado en el enfoque del manejo de recursos humanos y a menudo se han presentado tensiones en las relaciones entre el personal administrativo, operativo y los sindicatos cuando se intenta establecer una cultura institucional basada en el desempeño.

La información es un factor clave para el avance en este renglón (factor que tiene un costo en términos de recursos). La falta de datos adecuados acerca de los costos unitarios de los episodios de atención médica significa que los prestadores de servicios no tienen la capacidad de juzgar cuál es la modalidad más efectiva de tratamiento, mientras que los compradores no cuentan con los medios adecuados de establecer un umbral para comparar el desempeño de cada prestador de servicios.

El SPSS permite que las secretarías estatales de salud adquieran los servicios de cualquier proveedor que sea parte del Sistema Nacional de Salud (SNS) y deberían establecerse relaciones contractuales con todos los proveedores disponibles —tanto de la seguridad social como de los SESA— de manera que la elección del prestador del servicio se realice con base en consideraciones de calidad y precio. No existe razón por la cual esto no pueda ampliarse a los prestadores del sector privado en el caso de algunos servicios específicos. Aunque en la actualidad existen contratos entre algunos adquirientes y prestadores de servicios —como entre el IMSS, ISSSTE y algunas instituciones de los SESA— estos convenios se utilizan poco y a menudo las especificaciones de los contratos son deficientes. Los acuerdos entre los diversos institutos de seguridad social y la Secretaría de Salud (como parte del Consejo de Salubridad General, CSG) acerca del contenido mínimo de estos contratos son un paso inicial en este sentido. Es necesario realizar esfuerzos para ampliar el uso de estos convenios tanto en el sistema de seguridad social como en los estados.

...se requieren más incentivos de pago basados en los resultados.

Es necesario prestar atención en particular a los incentivos que pueden generar los sistemas de pago para mejorar el desempeño. Casi todos los prestadores de servicios institucionales en México están financiados por medio de presupuestos con un techo presupuestal. Los sistemas de presupuestación con base histórica han sido una razón clave para el surgimiento de desigualdades en la asignación de fondos federales en el nivel estatal. Sin embargo, es probable que problemas similares afecten el financiamiento de los hospitales en los estados. De esta manera, es

probable que se requiera encontrar mejores métodos para asignar recursos entre instituciones en el nivel estatal, así como en el federal.

Existen ciertas ventajas de los sistemas de pago basados en los resultados o prospectivos —como los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)—, que se utilizan para pagar a los hospitales en un número considerable de países de la OCDE. Por una parte, estos sistemas proveen de un método de pago anticipado por tratamiento para alentar mayores niveles de producción y, por otra, para minimizar el costo en que incurre la institución que presta el servicio. En general, se considera que contribuyen a mejorar la eficiencia. Sin embargo, este tipo de convenios puede llevar a conductas indeseables por parte del prestador del servicio (como la selección de los mejores pacientes, es decir, aquellos de menor costo) y la mayoría de los sistemas han establecido métodos para atenuar este riesgo, a costa de incentivos más débiles para los prestadores de servicios. La introducción de un instrumento de política tal en el entorno mexicano significaría un gran paso en el camino hacia un convenio operacional entre compradores y prestadores de servicios.

A pesar de ser atractivo como método para mejorar la eficiencia en función de costos, este tipo de sistemas basados en los resultados puede enfrentarse con una elección delicada que contempla el sacrificio entre liberar las ganancias en eficiencia, por una parte, y mantener controles presupuestarios rígidos por otra. La experiencia de otros países de la OCDE, como Noruega y Suecia, indica que los incentivos pueden llevar con rapidez hacia una mayor producción y absorber de forma acelerada los márgenes presupuestarios. En este sentido, los precios unitarios de los servicios deben establecerse en niveles suficientemente altos como para alentar una mayor oferta de ellos y bastante bajos como para limitar el riesgo de exceder los límites presupuestarios.

Los estados pueden carecer de la capacidad para reformar los SESA...

Es posible que gran número de estados carezcan de las aptitudes para dar inicio a este proceso, con el riesgo de que recurran de nuevo a convenios presupuestarios que generen pocas presiones para obtener ganancias en eficiencia. Las secretarías estatales de salud también deberán analizar el grado de independencia administrativa de los prestadores de servicios y explorar nuevos sistemas administrativos y de control que permitan dar seguimiento a un sistema más descentralizado. A su vez, a fin de garantizar la transparencia, esto requerirá del desarrollo de sistemas de datos nuevos y de inversión en tecnologías de la información.

...y los organismos regionales de compra de servicios pueden facilitar el avance en este rubro.

Los avances en este sentido podrían aumentar si la oferta de servicios se organizara en el nivel de zonas de captación en lugar de hacerlo por estados. Este tipo de zonas se ha definido en el Plan Maestro de Infraestructura y se utilizan para ubicar hospitales de tercer nivel. De igual manera, el IMSS divide el país en cuatro grandes regiones que cubren varios estados y que se utilizan para estructurar la prestación general de servicios de salud. Los SESA pueden lograr mejorías en efectividad y eficiencia mediante la aplicación de la misma lógica de la prestación de servicios en el primero y segundo niveles de atención. Por ejemplo, mediante la utilización de organismos regidos por el estado en el nivel de zonas de captación para asignar suministros y establecer contratos con prestadores de servicios, incluidos aquellos que pertenecen al sistema de seguridad social. Estas soluciones podrían contribuir a eliminar las barreras institucionales entre prestadores de servi-

cios, ahorrar en recursos administrativos escasos y permitir un empleo más intensivo de la oferta existente. Los organismos hospitalarios regionales existen en una serie de países y pueden fungir como posibles modelos para México.

Es necesario prestar mayor atención a la ejecución por parte de las autoridades federales.

A pesar de que las autoridades federales pueden establecer el marco para asegurar y prestar servicios de salud, tienen pocos medios para motivar a los estados a mejorar su desempeño, aunque esto podría cambiar de cierto modo con la introducción del SPSS. En este sentido, serán importantes los procesos a más largo plazo que se orientan hacia el fortalecimiento de la capacidad de los estados para supervisar sus nuevos mandatos. Las autoridades federales parecen tener una función clave en el fomento de este proceso, mediante la provisión de información sobre métodos de contratación, medidas para mejorar los incentivos y, en especial, recopilar información para contribuir al establecimiento de precios.

La remuneración del personal debería vincularse con metas de calidad y eficiencia.

La mayor parte de la evidencia internacional indica que los sistemas basados en el pago por salarios llevan a un menor nivel de producción (por ejemplo, menos consultas por médico) que los sistemas que pagan con base en el producto. No obstante, la remuneración del personal por medio de salarios tiene ventajas claras en un sistema en el que los recursos presupuestarios son limitados. En sistemas que se basan en el pago de cuotas por servicio prestado, destacan las dificultades para controlar el gasto público agregado. Así, será de importancia clave que se encuentren formas de impulsar una mayor productividad mientras que, a la vez, se respetan las limitaciones presupuestarias generales.

En este contexto, las autoridades deberán garantizar que cualquier aumento en salarios u otras prestaciones se compense con una mayor oferta de servicios públicos de salud. También será necesario prestar atención para garantizar que los horarios de consulta privada no se interpongan con las horas de trabajo contratadas en el servicio público. Además, cualquier cambio en los sistemas de remuneración sin duda alguna deberá analizarse en el contexto de la actualización de los contratos colectivos de trabajo existentes. Los contratos vigentes parecen limitar la flexibilidad de la gestión, y los sindicatos tienden a ejercer un control considerable sobre las decisiones internas y la organización del trabajo. Además, la mayor parte del personal de los SESA está sujeta a un solo contrato laboral federal que puede restringir la capacidad de innovación de las secretarías de salud de los estados. Será necesario renegociar con los sindicatos las prácticas laborales restrictivas, donde éstas se presenten, y adaptarlas a las circunstancias actuales, a fin de canalizar los recursos humanos de mejor manera hacia donde más se necesiten, tanto en el interior de cada institución como entre ellas.

El diseño de mejores esquemas de pago para el personal deberá tomar en cuenta las tensiones que han generado las reformas recientes y las características específicas del sistema mexicano de oferta. Por ejemplo, los servicios ambulatorios se prestan en clínicas para este fin, donde los pacientes son atendidos por equipos de médicos y personal de enfermería en lugar de por un solo doctor. Concentrarse sólo en la remuneración de los médicos puede resultar menos productivo que los arreglos que fomentan más cuidados y de mejor calidad por parte de la institución o la unidad de producción en conjunto. Por ejemplo, podrían incluirse mejores incentivos en los acuerdos marco o “contratos” administrativos que ofrez-

can bonos adicionales al salario para todo el personal si se cumplen las metas de calidad y nivel de los servicios dentro de un cierto monto de recursos presupuestarios apartados para este fin. Sin embargo, estas iniciativas requieren de sistemas de información desarrollados de manera adecuada y de un consenso acerca de la identificación y medición de los indicadores a considerar, lo que en el pasado ha demostrado ser difícil.

Será necesario realizar reformas adicionales a los esquemas de pensiones de la seguridad social.

La capacidad para proporcionar servicios de salud adecuados a los afiliados a la seguridad social se está viendo restringida por el sistema de pensiones para los empleados del IMSS y el del ISSSTE para empleados públicos. Es posible que, en el pasado, las restricciones presupuestarias del IMSS hayan sido menos limitantes, como reflejo del hecho de que la institución tiene sus propias fuentes de ingreso y, además, contaba con apoyos específicos en el presupuesto federal. Sin embargo, el IMSS ahora está enfrentando las presiones que genera un mayor pago de pensiones a sus empleados jubilados. En la ausencia de una reforma, este hecho podría limitar de manera importante su capacidad para prestar servicios de salud. Durante algún tiempo ya se han discutido propuestas de reforma entre los mandos administrativos y los sindicatos del IMSS y, con base en la legislación reciente, podría llegarse en poco tiempo a un acuerdo sobre nuevos convenios de pensiones que mejorarían de forma significativa la perspectiva a largo plazo. No obstante, si los costos de las pensiones siguen creciendo entre el corto y mediano plazos, debido a que las prestaciones para los empleados actuales y el personal retirado han sido protegidas en gran medida, podría ser necesario realizar ajustes adicionales al sistema de pensiones del IMSS a fin de garantizar la capacidad de la institución para prestar servicios a sus afiliados. Por su parte, también se requiere reformar los sistemas de pensiones para trabajadores del ISSSTE y para otros empleadores del sector público en general, pues es inevitable que el pago de mayores pensiones en estos rubros también ejerza una presión creciente sobre el presupuesto del gobierno federal (y sobre el gasto en salud y otros renglones sociales de la misma forma).

Se han comenzado a abordar los temas de calidad...

Las autoridades han avanzado de manera importante en muchos aspectos relacionados con la calidad de los servicios de salud. Entre estos avances es importante destacar: el establecimiento de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud; el aumento de la atención a los servicios de salud familiares con un alto componente de prevención; la mayor importancia que se está brindando a la acreditación y certificación de las escuelas de medicina y las instituciones prestadoras de servicios; y, la realización de esfuerzos para mejorar la seguridad por medio de una regulación de los medicamentos más adecuada. El papel rector de la Secretaría de Salud se ha fortalecido, en especial en los renglones de acopio y difusión de información y en la coordinación con otras instituciones de servicios de salud y los estados.

...pero se requiere más atención.

Las políticas orientadas a mejorar la calidad han logrado a la fecha un impulso considerable, aunque no ha transcurrido el tiempo suficiente para determinar si las diversas iniciativas han tenido el impacto deseado. Es importante que estos programas —como el de certificación de los prestadores— se amplíen y fortalezcan, añadiendo a ello mejores maneras alternativas para tratar con las quejas relacionadas con la insatisfacción con los servicios prestados. Este enfoque también

puede incluirse en los convenios contractuales entre compradores y proveedores, como ha sucedido en otros países de la OCDE. En efecto, el SPSS incluye incentivos en este sentido: sólo las instituciones acreditadas y/o certificadas pueden prestar servicios a los miembros del SP, pero el alcance de estas políticas se puede ampliar a otros rubros. Podrían realizarse mayores esfuerzos para aumentar la aceptación de la medicina basada en evidencia y reducir la variación en los patrones de práctica de los prestadores de servicios en el nivel operativo.

La prevención debe centrarse en los problemas emergentes.

Como se ha destacado, México ha logrado avances importantes por medio de la inversión en prevención. Se observa la aparición de desafíos adicionales conforme la proporción de morbilidad y mortalidad cambia hacia las enfermedades crónicas. Dado lo anterior, el servicio en las instituciones de atención médica debe cambiar en consecuencia. El crecimiento de los problemas de obesidad es un fenómeno preocupante que requiere una mayor atención de política, no sólo en el caso de México. No obstante, su importancia y posible impacto sobre una serie de enfermedades costosas (como la diabetes y los problemas cardiacos) sugieren que las políticas de prevención podrían reeditar altos dividendos en el largo plazo. Un paso en ese sentido es la integración de la prevención en el enfoque de la medicina familiar, como ocurre en la actualidad en el IMSS. Es posible que sea necesario aumentar los esfuerzos en el ámbito de la prevención del contagio del VIH y el SIDA, pues son enfermedades que generan costos sociales y de tratamiento considerables.

4.3 Temas sistémicos

Es necesario fortalecer la función de buen gobierno...

Dentro de la Secretaría de Salud se observan avances considerables en su función de rectoría. Se han puesto en marcha marcos regulatorios —por ejemplo, en lo relacionado con la calidad— y se han establecido metas. La recopilación de datos está en aumento y se observan presiones crecientes para lograr un mejor desempeño dentro del sistema. Parece evidente que la responsabilidad por la arquitectura del sistema y el marco general de gobierno deba recaer en la Secretaría de Salud en el nivel federal, y este papel debe fortalecerse. Asimismo, conforme aumente la compra de servicios entre instituciones, se requiere también introducir o fortalecer estructuras de gobierno comunes en los niveles institucionales inferiores. En este contexto, la experiencia del IMSS puede transmitir lecciones útiles para otras partes del sistema en lo relacionado con el establecimiento de arreglos más eficaces en cuestiones de administración, el control financiero y la mejora de la calidad de los servicios prestados.

...en el largo plazo, deberá abordarse el tema de la fragmentación del sistema de aseguramiento...

Si las secretarías de salud de los estados logran establecer contratos y convenios de compra con todos los proveedores, tal vez sobre bases regionales (véanse párrafos anteriores), se habrá dado un gran paso en la eliminación de las barreras institucionales en el nivel de proveedor. No obstante, el grado de este cambio se verá restringido por la continuidad de la existencia de una serie de aseguradores estatales que, quizá, seguirán atendiendo a su propia clientela dentro de sus propias instituciones. Es posible que un mayor progreso hacia un sistema de prestadores de servicios que atiendan a todos los pacientes en las mismas condiciones requiera un cambio hacia un sistema unificado de aseguramiento público.

...un paquete único de aseguramiento proporcionaría cobertura igual...

La consolidación del sistema de aseguramiento requerirá la toma de decisiones en cuatro niveles. Primero, requeriría la separación del seguro de atención médica de la seguridad social, con lo que se permitiría la integración en el sistema de los distintos aseguradores en salud. Con ello, por supuesto, se dejaría abierto el importante tema de la necesidad y el momento oportuno para ampliar los componentes restantes de la seguridad social —en especial, las pensiones por edad avanzada— para el resto de la población.

En segundo lugar, tendría que establecerse un solo paquete de cobertura de aseguramiento. En este sentido, el enfoque actual del SPSS, con su concentración en proporcionar una variedad amplia de tratamientos bien definidos, costo-efectivos y esenciales, tal vez se adapta de forma adecuada a las necesidades actuales de la población no asegurada, en especial para quienes se ubican en la parte inferior de la distribución del ingreso. Lo que no queda igual de claro es si este enfoque resulta mejor para un programa con bases más amplias que tiene como objetivo proporcionar un seguro de atención médica a la mitad de la población. En este caso, podría verse como arbitrario en su aplicación, pues cubre algunos tratamientos pero no otros. Por otra parte, con la existencia de una cobertura “total” en el sistema de seguridad social, también podría resultar difícil de sostener en términos políticos. Si a este hecho se suma que el monto de recursos financieros que se canalizará al segmento de servicios de salud personales del SP, en la etapa de operación plena, estará en línea con los que se orientan por familia hacia el sistema de seguridad social, parece existir poca razón en términos financieros para observar esta diferencia en cobertura. Así, las autoridades podrían preferir considerar —en el largo plazo— una cobertura mayor (o incluso total) para el programa del SP y la creación de un paquete de aseguramiento único puesto a disposición de toda la población mexicana.

Tercero, las autoridades necesitarán abordar el tema de cómo deben establecerse los derechos de acceso al aseguramiento. En las condiciones actuales, los derechos a la seguridad social se basan en el empleo y se limitan a quienes participan en el mercado laboral formal, mientras que los derechos al SP tienen como base la ciudadanía y pueden acceder a él todas las personas no aseguradas. La experiencia reciente con el sistema de la seguridad social sugiere que sería poco probable lograr cubrir a toda la población en las condiciones actuales y, por eliminación, los derechos adquiridos por ciudadanía pueden ser la única manera de conseguir un sistema universal. Este es el enfoque que se aplica en muchos países europeos con sistemas de salud nacionales y también en Australia y Canadá.

...pero requeriría formas alternativas para financiar los servicios de salud.

Por último, tendrá que tratarse el tema del financiamiento del sistema. Los esquemas de financiamiento simples desde el punto de vista administrativo y que implican costos fijos bajos son atractivos, y la experiencia internacional sugiere que los sistemas basados en derechos a los servicios de salud por ciudadanía en combinación con financiamiento tributario tienen un mejor desempeño en estos aspectos. También permiten ejercer controles presupuestarios más estrictos sobre el sistema, lo que resulta en particular importante en un entorno de aseguramiento con una cobertura más completa. Sin embargo, trae consigo el riesgo de recortes presupuestarios en el sector salud si México continúa enfrentando, de manera periódica, condiciones económicas problemáticas y crecimiento económico débil.

México ha mostrado un gran avance, pero aún persisten grandes retos.

En resumen, México ha avanzado de manera considerable en el camino hacia un sistema de salud que alcance las cuatro grandes metas descritas en este estudio. Aunque se han logrado progresos en muchos aspectos desde el inicio de la década, el mayor éxito de todos ha sido la introducción del SPSS y el SP. Una vez que este programa se ponga en marcha por completo, se resolverá en gran medida el problema de la cobertura insuficiente de aseguramiento para una gran parte de la población, que es en la actualidad la debilidad más evidente del sistema. Además, se habrá logrado una redistribución de los recursos públicos dedicados a los servicios de salud entre instituciones y estados. Sin embargo, la introducción de la reforma enfrenta una serie de retos en relación con la transición. En especial, se deberá obtener financiamiento adicional y mejorar con rapidez la eficiencia de la oferta en los servicios públicos de salud.

Recuadro 4.2 **Recomendaciones de política para el sistema de salud en México**

1. Garantizar financiamiento adecuado del sistema de salud por medio de:
 - a. Introducir reformas fiscales que permitan obtener mayor recaudación tributaria.
 - b. Poner en marcha reformas al sistema de pensiones del sector público para garantizar que las instituciones de seguridad social cuenten con recursos adecuados para financiar los servicios de salud.
2. Fomentar la afiliación del Seguro Popular de Salud (SP) y resolver las barreras restantes al acceso de servicios para las personas que no están cubiertas por la seguridad social mediante lo siguiente:
 - a. Mejorar la disponibilidad y calidad de los servicios en las instalaciones estatales de servicios de salud, incluida la disponibilidad de fármacos.
 - b. Ampliar de manera progresiva el paquete de servicios de salud que contempla el Seguro Popular (SP) para garantizar una cobertura adecuada de enfermedades catastróficas.
 - c. Mejorar la disponibilidad de servicios en las zonas rurales, por ejemplo, al fomentar que los doctores y el personal de enfermería ejerzan en zonas remotas.
 - d. Garantizar el financiamiento adecuado de bienes costo-efectivos relacionados con la “salud pública” como la prevención o la vigilancia epidemiológica.
3. Impulsar una mayor eficiencia en los hospitales y de otros prestadores institucionales de servicios mediante:
 - a. Recanalizar de costos administrativos innecesarios hacia una mayor oferta de servicios de salud.
 - b. Introducir una división más clara entre compradores y prestadores de servicios, de contratos con proveedores y mecanismos de pago basados en el producto.
 - c. Combinar una mayor libertad de gestión en el nivel del prestador de servicios con un seguimiento y supervisión adecuados.
 - d. Organizar la compra de todos los servicios de salud sobre la base de zonas de captación que contemplen más de un estado.

Recuadro 4.2 Recomendaciones de política para el sistema de salud en México (cont.)

4. Fomentar una mayor productividad de los profesionales de la salud por medio de:
 - a. Vincular la remuneración del personal con metas de calidad y eficiencia.
 - b. Garantizar que el ejercicio privado de los médicos no entre en conflicto o reduzca la disponibilidad de servicios en las instituciones públicas.
 - c. Revisar los contratos laborales para eliminar prácticas restrictivas que limiten las ganancias en eficiencia.
5. Fomentar la calidad y costo-efectividad de la atención médica mediante:
 - a. Aumentar la prevención de enfermedades y las iniciativas que fomenten la salud (como el control de la obesidad y la limitación de las infecciones por el VIH).
 - b. Fortalecer la medición de la calidad y las iniciativas de mejoría, como la “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud”.
 - c. Ampliar la certificación de las instituciones de atención médica, del personal de los servicios de salud y de las escuelas de medicina y utilizar estos mecanismos para fomentar mejoras en la calidad en las unidades con desempeño deficiente.
 - d. Aumentar los esfuerzos para garantizar la seguridad y la eficacia de los fármacos.
6. Mejorar la conducción y la rectoría del sistema por medio de:
 - a. Fortalecer los sistemas de información comunes y los marcos de reporte y rendición de cuentas para todas las instituciones.
 - b. Invertir en capacidad gerencial en todos los niveles del sistema.

LISTA DE ACRÓNIMOS Y SIGLAS

| | |
|-----------------|---|
| AFORES | Administradoras de Fondos para el Retiro |
| ANIMAS | Apoyo a Necesidades de Infraestructura en Zonas de Mayor Marginación Social |
| ASE | Aportación Solidaria Estatal |
| ASF | Aportación Solidaria Federal |
| CASES | Catálogo de Servicios Esenciales de Salud |
| GENETEC | Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud |
| CF | Cuota Familiar |
| CMMS | Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud |
| CNPSS | Comisión Nacional de Protección Social en Salud |
| CNS | Consejo Nacional de Salud |
| CNSF | Comisión Nacional de Seguros y Fianzas |
| COFEPRIS | Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios |
| CONAMED | Comisión Nacional de Arbitraje Médico |
| CONADIC | Consejo Nacional contra las Adicciones |
| CONAPO | Consejo Nacional de Población |
| CS | Cuota Social |
| CSG | Consejo de Salubridad General |
| DF | Distrito Federal |
| DIF | Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia |
| ENED | Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño |
| ENEU | Encuesta Nacional de Empleo Urbano |
| ENIGH | Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares |
| ENSA | Encuesta Nacional de Salud |
| FASC | Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Comunidad |
| FASP | Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona |
| FASSA | Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud |

| | |
|------------------|--|
| FPGC | Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos |
| FPP | Fondo de Previsión Presupuestal |
| GAPA | Garantía de Pago |
| GB | Gasto de bolsillo |
| GRD | Grupos Relacionados por el Diagnóstico |
| IMSS | Instituto Mexicano del Seguro Social |
| INFONAVIT | Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores |
| INI | Instituto Nacional Indigenista |
| INS | Institutos Nacionales de Salud |
| ISES | Instituciones de Seguros Especializadas en Salud |
| ISSSTE | Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado |
| IVRO | Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio |
| LGS | Ley General de Salud |
| LSS | Ley del Seguro Social |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| PAC | Programa de Ampliación de Cobertura |
| PEMEX | Petróleos Mexicanos |
| PROGRESA | Programa de Educación, Salud y Alimentación |
| PRONASA | Programa Nacional de Salud 2001-2006 |
| RJP | Régimen de Jubilaciones y Pensiones |
| RNLSP | Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública |
| SEDENA | Secretaría de la Defensa Nacional |
| SEDESOL | Secretaría de Desarrollo Social |
| SEMAR | Secretaría de Marina |
| SEP | Secretaría de Educación Pública |
| SESA | Servicios Estatales de Salud |
| SGMM | Seguro de Gastos Médicos Mayores |
| SHCP | Secretaría de Hacienda y Crédito Público |
| SINAVE | Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica |
| SNCF | Sistema Nacional de Coordinación Fiscal |
| SNS | Sistema Nacional de Salud |
| SP | Seguro Popular de Salud |
| SPSS | Sistema de Protección Social en Salud |
| SS | Seguridad Social |
| SSA | Secretaría de Salubridad y Asistencia, nombre anterior de la actual Secretaría de Salud |
| SSF | Seguro de Salud para la Familia |

BIBLIOGRAFÍA

- AARON, H. (2003). "Should public policy seek to control the growth of health-care spending?", en *Health Affairs*, enero.
- AGUILAR, A. M. et al. (2003). "Desperdicio de recursos en el sistema de salud: el caso de la profesión médica y la enfermería en México", en F. Knaul y G. Nigenda (Eds.), *Caleidoscopio de la Salud*, Fundación Mexicana para la Salud, México, D.F.
- BAINS, M. y H. OXLEY (2004). "Ageing-related Spending Projections on Health and Long-term Care", en OECD, *Towards High-Performing Health Systems, Policy Studies*, París.
- BANCO MUNDIAL (2004a). *Poverty in Mexico: an assessment of conditions, trends and government strategy*, Washington, DC.
- BANCO MUNDIAL (2004b). "Universal Health Insurance Coverage in Mexico: In Search of Alternatives", Grupo de Desarrollo Humano y Social, Región de América Latina y el Caribe, Oficina para México y Colombia, Washington, DC, Diciembre 2003.
- BANCO MUNDIAL (2004c). *World Indicators*, Washington, DC.
- BARQUERA, S. et al. (2001). "Políticas y programas de alimentación y nutrición en México", en *Salud Pública de México*, Vol. 43:5.
- BARRAZA-LLORENS, M. et al. (2002). "Addressing inequity in health and health care in Mexico", en *Health Affairs*, Vol. 21:3.
- BERMAN, P. y D. CUIZON (2004). "Multiple public-private jobholding of health-care providers in developing countries. An exploration of theory and evidence", en *DFID Health Systems Resource Paper*, marzo.
- BIRN, A. (1999). "Federalist flirtations: the politics and execution of health services decentralization for the uninsured population in Mexico, 1985-1995", en *Journal of Health Policy*, Vol. 20:1, pp. 81-108.
- BURNIAUX et al. (2003). "Coping with ageing: a dynamic approach to quantify the impact of alternative policy options on future labour supply in OECD countries", en *OECD Economics Department Working Papers*, Núm. 371, OECD, París.
- CERCONE, J. et al. (2001). "Reform of the Mexican health-care system", en M. Giugale, O. Lafourcade y V-H. Nguyen, *Mexico: a Comprehensive Development Agenda for the New Era*, Banco Mundial, Washington, DC.
- CISS (CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL) (2003). "Reformas de los

- esquemas de salud de la seguridad social”, en J. Arzoz. y J. Meléndez (Eds.), *Evaluación de las reformas. Informe sobre la seguridad social en América 2003*, México, D.F.
- CMH (COMMISSION ON MACROECONOMICS AND HEALTH) (2001). “Macroeconomics and Health: Investing in health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health”, Organización Mundial de Salud (OMS), Ginebra.
- CMMS (COMISIÓN MEXICANA DE MACROECONOMÍA Y SALUD) (2004). *Invertir en salud para el desarrollo económico. Resumen Ejecutivo*, Universidad de las Américas, Puebla.
- CONAPO (CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN) (2004). <http://www.conapo.gob.mx>
- CONAPO (CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN) (2002). *Proyecciones de la Población de México 2000-2050*, México, D.F.
- DANG et al. (2001). “Fiscal implications of ageing: Projections of age-related spending”, en *OECD Economics Department Working papers*, Núm. 305, OECD, París.
- DE FERRANTI, D. et al. (2004). *Inequality in Latin America. Breaking with History?*, Banco Mundial, Washington, DC.
- DOCTEUR, E. y H. OXLEY (2004). “Health-System Reform: Lessons from Experience”, en OECD, *Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies*, París.
- ENSA (ENCUESTA NACIONAL DE SALUD) (2000). *Vivienda, población y utilización de servicios de salud*, Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- FRENK, J. et al. (2004). “Fair financing and universal social protection in health: the structural reform of the Mexican health system”, documento preparado para la Conferencia Internacional sobre Innovaciones en el Financiamiento de la Salud 2004, Secretaría de Salud, México, D.F.
- FRENK, J. et al. (1998). “Latin American health systems in transition: a vision for the future”, en C. Bezold, J. Frenk y S. McCarthy, *21st Century Health Care in Latin America and the Caribbean*, Institute for Alternative Futures, Alexandria, VA.
- FRENK, J. et al. (1991). “Patterns of medical employment: a survey of imbalances in urban Mexico”, en *American Journal of Public Health*, Vol. 81:1.
- GÓMEZ DANTÉS, O. et al. (2001). “Abastecimiento de medicamentos en unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud de México”, en *Salud Pública de México*, Vol. 43:2.
- GÓMEZ DE LEÓN, J. et al. (1995). “Demand for health care in Mexico, an econometric analysis”, en *CONAPO, Sectorial Studies Series*.
- GONZÁLEZ PIER, E. y A. GONZÁLEZ HERNÁNDEZ (2004). “Regulación saludable del sector farmacéutico”, en *Competencia Económica en México*, Comisión Federal de Competencia, México, D.F.
- GUTIÉRREZ, J. P. y S. BERTOZZI (2003). “La brecha de salud en México”, en *Salud Pública de México*, Vol. 45:2.
- HERNÁNDEZ-ÁVILA et al. (2002). “Cobertura geográfica del sistema mexicano de salud y análisis espacial de la utilización de hospitales generales de la Secretaría de Salud en 1998”, en *Salud Pública de México*, Vol. 44:6.

- HURST, J. y L. SICILIANI (2004). "Tackling excessive waiting times for elective surgery", en OECD, *Towards High-performing Health Systems: Policy Studies*, París.
- IMSS (INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL) (2004). "Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social", México, D.F.
- IMSS (INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL) (2003a). "Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social", México, D.F.
- IMSS (INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL) (2003b). "Waiting times, for elective surgical procedures in Mexico", Dirección de Prestaciones Médicas, mimeo.
- INEGI (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA) (2004). *Sistema de Cuentas Nacionales*, México, D.F.
- INEGI (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA) (2000). *XII Censo General de Población y Vivienda*, México, D.F.
- ISSSTE (INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO) (2003). *Valuación Financiera y Actuarial al 31 de Diciembre de 2002*, México.
- KNAUL, F. et al. (2003). "El Sistema de Protección Social en Salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares", en F. Knaul y G. Nigenda (Eds.), *Caleidoscopio de la Salud*, Fundación Mexicana para la Salud, México, D.F.
- KROEGER, A y J. M. HERNÁNDEZ (2003). "Health services analysis as a tool for evidence-based policy decisions: the case of the Ministry of Health and Social Security in Mexico", en *Tropical Medicine and International Health*, Vol. 8:12.
- LÓPEZ-RÍOS, O. (1997). "Efecto de los servicios de salud y de factores socioeconómicos en las diferencias espaciales de la mortalidad mexicana", en *Salud Pública de México*, Vol. 39.
- LOZANO, R. et al. (2001). "Mexico: marginality, need and resource allocation at the county level", en T. Evans et al. (Eds.), *Challenging Inequalities in Health: from Ethics to Action*, Oxford University Press, Nueva York.
- MARTÍNEZ VALLE, A. (1997). "La dimensión política en los procesos de reforma del sector salud" en J. Frenk (Ed.), *Observatorio de la Salud*, Fundación Mexicana para la Salud, México, D.F.
- MAYER FOULKES, D. (2001). "The Long-Term Impact of Health on Economic Growth in Mexico, 1950-1995", en *Journal of International Development*, Vol. 13:1.
- MERINO, G. (2003). "Descentralización del sistema de salud en el contexto del federalismo", en F. Knaul y G. Nigenda (Eds.), *Caleidoscopio de la Salud*, Fundación Mexicana para la Salud, México, D.F.
- MORENO, J. C. (2001). "La descentralización del gasto en salud en México: una revisión de sus criterios de asignación", en *Documento de trabajo*, Núm. 95, CIDE.
- NERA (NATIONAL ECONOMIC RESEARCH ASSOCIATES) (1998). "The Health-Care System in Mexico", en *Financing Health Care*, Vol. 22, Pharmaceutical Partners for Better Health Care, Reino Unido.

- NIGENDA, G. et al. (2003). "La importancia de los medicamentos en la operación del Seguro Popular de Salud", en F. Knaul y G. Nigenda (Eds.), *Caleidoscopio de la Salud*, Fundación Mexicana para la Salud, México, D.F.
- NIGENDA, G. et al. (2002). "El proceso de descentralización en el sector salud y su impacto en el desarrollo de los programas de enfermedades transmitidas por vector: el caso de México", Fundación Mexicana para la Salud, Centro de Análisis Social y Económico, México, D.F.
- NIGENDA, G. (1997). "The regional distribution of doctors in Mexico, 1930-1990: a policy assessment", en *Health Policy*, Vol. 39.
- OCDE (ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS) (1998). *Estudios Económicos de la OCDE: México 1997/1998*, México.
- OECD (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT) (2004a). *Analytical Data Base*, París.
- OECD (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT) (2004b). *Economic Survey: Mexico*, París.
- OECD (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT) (2004c). *Health Data 2004*, 1a. y 2a. edición, París.
- OECD (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT) (2004d). *Private Health Insurance in OECD Countries*, París.
- OECD (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT) (2004e). *SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies Mexico, National Health Accounts, 2001*, París.
- OECD (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT) (2003). "Assessing the performance of health-care systems: a framework for OECD Surveys", en *ECO/CPE/WP1(2003)10*, informe inédito para uso exclusivo de la OECD.
- OECD (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT) (2000). *Territorial grids of OECD member countries*, París.
- OECD (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT) (1996). *Mexican Health Reform*, DEELSA/ELSA/WP1(96)3, informe inédito para uso exclusivo de la OECD.
- OECD (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT) (1992). *The reform of Health Care: A comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Health Policy Studies, Núm. 2, París.
- OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD) (2000). *The World Health Report 2000*, Ginebra.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2002). "Perfil del sistema de servicios de salud, México", mimeo.
- ORTIZ, G. et al. (2002). "Perspectiva Histórica de Atención a la Salud en México 1902-2002", Organización Panamericana de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, México.

- QUEISSER, M. (1999). "Pension Reform: Lessons from Latin America", en *OECD Development Centre Policy Briefs*, París.
- RUIZ, J. A. et al. (2003). "Médicos y Mercado de trabajo en México", en F. Knaul y G. Nigenda (Eds.), *Caleidoscopio de la Salud*, Fundación Mexicana para la Salud, México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUD (2004a). *Boletín de Información Estadística*, Núm. 22, 2002, última revisión: octubre 2004, México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUD (2004b). *Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED)*, 2002, México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUD (2004c). *Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas*, 2a. edición, México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUD (2004d). *SICUENTAS, Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud*, México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUD (2004e). *SINAIS. Estadísticas de Mortalidad*, 2001, México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUD (2003). *Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas*, 2a. edición, México, D.F.
- SECRETARÍA DE SALUD (2001a). "Aspectos relevantes sobre la infraestructura disponible en las unidades médicas del sector privado, 1999", en *Salud Pública de México*, Vol. 43.
- SECRETARÍA DE SALUD (2001b). *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La Democratización de la Salud en México, Hacia un Sistema Universal de Salud*, México, D.F.
- SESMA VÁZQUEZ, S. et al. (2004). *Magnitud y origen de los gastos catastróficos por motivos de salud por entidad federativa, México 2002-2003*, Síntesis ejecutiva, Secretaría de Salud, México, D.F.
- SHCP (SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO) (2002). *Cuenta de Hacienda Pública*, México, D.F.
- SHCP (SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO) (2002a). *Distribución del pago de impuestos y recepción del gasto público por deciles de hogares y personas. Resultados para el año de 2002*, México, D.F.
- SHCP (SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO) (2000). *Cuenta de la Hacienda Pública*, México, D.F.
- SHCP (SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO) (2001). *Cuenta de Hacienda Pública*, México, D.F.
- SOBERÓN, G. et al. (2003). "La violencia como un grave problema de salud pública", en F. Knaul y G. Nigenda (Eds.), *Caleidoscopio de la Salud*, Fundación Mexicana para la Salud, México, D.F.
- SPHERE INSTITUTE y UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA (2004). "Reforma del financiamiento para pensiones y actividades de asistencia social: evaluación del pasivo fiscal global de los sistemas públicos de pensiones de México", mimeo.
- TAPIA-CONYER, R. et al. (2001a). "Evaluation and Reform of Mexican National Epidemiological Surveillance System", en *American Journal of Public Health*, Vol. 91:11.

- TAPIA-CONYER, R. et al. (2001b). "Panorama epidemiológico del tabaquismo en México", en *Salud Pública de México*, Vol. 43:5.
- TORRES, A. C. y F. KNAUL (2003). "Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000", en F. Knaul y G. Nigenda (Eds.), *Caleidoscopio de la Salud*, Fundación Mexicana para la Salud, México, D.F.
- VAN DOERSLAER et al. (2004). "Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries", en OECD, *Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies*, París.
- WAGSTAFF, A. (2001) "Measuring Equity in Health-Care Financing: Reflections on and Alternatives to the World Health Organization's Fairness of Financing Index", en *World Bank Working Paper*, Núm. 2550.
- WHITAKER, D. (1999). *Healthcare in Mexico into the 21st Century*, The Economist Intelligence Unit, Londres.
- ZURITA, B. y T. RAMÍREZ (2003). "Desempeño del sector privado de la salud en México", en F. Knaul y G. Nigenda (Eds.), *Caleidoscopio de la Salud*, Fundación Mexicana para la Salud, México, D.F.
- ZURITA, B., et al. (2003). "Desigualdad e inequidad en salud", en F. Knaul y G. Nigenda (Eds.), *Caleidoscopio de la Salud*, Fundación Mexicana para la Salud, México, D.F.

GLOSARIO

Aportación Solidaria Estatal (ASE). Una de las fuentes de fondos del Seguro Popular de Salud. Una contribución solidaria mínima pagada por los estados por familia e igual que la mitad de la Cuota Social.

Aportación Solidaria Federal (ASF). Una de las fuentes de fondos del Seguro Popular de Salud. La ASF es igual, en promedio, a una y media veces la Cuota Social. La Ley General de Salud define el monto por familia de la ASF por estado. Este monto se calcula distribuyendo los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona de acuerdo con una fórmula que toma en cuenta los siguientes elementos: i) número de familias beneficiarias; ii) necesidades de salud; iii) aportaciones adicionales de los estados, iv) desempeño.

Cartilla Nacional de Salud. Cartilla personal que permite el seguimiento continuo de las condiciones de salud de los individuos y de las intervenciones preventivas que reciben en cada etapa de su vida. Incluye las siguientes cartillas: de vacunación (creada en 1978); de salud de la mujer (de 1998); de salud del hombre; y de salud de los adultos mayores (en 2002).

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Creada en 1996, es un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud orientado a proporcionar a la población un mecanismo para resolver los conflictos que surjan entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de estos servicios por medio de la conciliación y el arbitraje, así como a mejorar la calidad de los servicios.

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF). Establecida en 1990 luego de reformar varias disposiciones de la Ley General de Instituciones de Seguros, es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, cuya misión consiste en garantizar a los usuarios de seguros que las instituciones de este ramo cuentan con autorización para operar y que lo hacen conforme con la ley.

Consejo de Salubridad General (CSG). Creado en 1917 por mandato Constitucional, rinde cuentas directamente al Presidente. Es una de las cuatro autoridades sanitarias definidas en la Ley General de Salud (las otras tres son: el Presidente, la Secretaría de Salud y los gobiernos de los estados). Es responsable de planear, regular, coordinar y organizar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, en los términos que establece la Ley General de Salud.

Consejo Nacional de Población (CONAPO). Fundado en 1974, su misión consiste en analizar los fenómenos demográficos que afectan a la población mexicana, como su estructura, dinámica y distribución geográfica. Es la fuente oficial de proyecciones de población para

el gobierno mexicano. Depende de la Secretaría de Gobernación e incorpora a varias secretarías federales.

Consejo Nacional de Salud (CNS). Organismo colegiado que coordina a la federación y los estados en las actividades relacionadas con la salud. Participa en la planeación y evaluación de los servicios de salud, y está integrado por los 32 secretarios estatales de salud y encabezado por el secretario federal de salud. Se creó a mediados de la década de 1980 y está encargado de coordinar las acciones en el marco de un sistema de salud descentralizado.

Cuota Familiar (CF). Una de las fuentes de fondos del Seguro Popular de Salud. La contribución es anual, la paga la familia y es proporcional a su condición económica.

Cuota Social (CS). Una de las fuentes de fondos del Seguro Popular de Salud. La paga el gobierno federal por cada familia afiliada al Sistema de Protección Social en Salud. Representa la aportación de la federación para la garantía de protección individual en salud que establece la Constitución.

Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) 2002-2003. Encuesta orientada a evaluar los objetivos del Sistema Nacional de Salud, entre los que destaca: i) mejorar las condiciones de salud (indicador: expectativa de vida saludable); ii) garantizar el trato adecuado a los pacientes (indicador: trato adecuado), y iii) fomentar la equidad en las aportaciones financieras (indicador: porcentaje de familias aseguradas, porcentaje de hogares con gastos catastróficos y el índice de justicia financiera de la Organización Mundial de la Salud).

Encuesta Nacional de Salud (ENSA). Es parte del sistema nacional de encuestas de salud que se llevan a cabo periódicamente en México. Incluye una serie de encuestas que se aplican desde 1986. La ENSA es representativa en el nivel nacional y regional. Así, cubre aspectos de la salud como las condiciones de salud y la utilización de los servicios de salud. La más reciente se llevó a cabo en 2000.

Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA). Recursos federales canalizados a las entidades federativas para financiar la prestación de servicios de salud para población no asegurada en los estados por medio de los SESA. Este fondo forma parte de los recursos federales contenidos en el Ramo 33 del presupuesto de egresos de la Federación. Este fondo se creó en 1998 como parte de la descentralización de servicios de salud a los estados.

Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Sistema de clasificación de pacientes que ofrece una manera de describir los tipos de pacientes que trata un hospital (o su composición de casos según complejidad).

IMSS-COPLAMAR (1979-1990), IMSS-Solidaridad (1990-2002), IMSS-Oportunidades (2002 – a la fecha). Programa creado en 1979 como IMSS-COPLAMAR, con objeto de llevar los servicios de salud básica a la población que vive en pobreza extrema. En 1983, por decreto presidencial, desapareció como programa independiente, pero continuó funcionando bajo el auspicio del IMSS. En un inicio, el programa recibió financiamiento del presupuesto del gobierno federal (60 por ciento) y del IMSS (40 por ciento). Entre 1985 y 1987 el programa se descentralizó a 14 estados. En 1990, cambió de nombre por el de IMSS-Solidaridad. Con operación en 17 estados. Desde 1996, el financiamiento proviene por completo del presu-

puesto del gobierno federal. La infraestructura y los establecimientos de servicios de salud que se emplean en la actualidad para cumplir su mandato se establecieron entre 1990 y 2002. En el año 2002, cambió de nuevo su nombre por el de IMSS-Oportunidades. El esquema continúa bajo coordinación del IMSS y aún opera mediante sus propias instalaciones. De acuerdo con el Sistema de Protección Social en Salud, de reciente creación, este programa comparte la misma población objetivo que el Seguro Popular de Salud.

Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). Esquemas de aseguramiento privado similares a las Organizaciones de Salud Administrada (HMO, por sus siglas en inglés), que ofrecen una amplia gama de servicios en todos los niveles de atención. Las ISES deben estar especializadas en seguros médicos y están sujetas a reglas específicas, a diferencia de las aseguradoras generales que sólo pueden ofrecer pólizas como las de gastos médicos mayores y no requieren estar especializadas en el rubro de la salud.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Creado en 1960, proporciona a sus afiliados servicios de salud, prestaciones económicas (pensiones, hipotecas) y otras prestaciones sociales y culturales (guarderías, deportivos, etcétera). Entre los asegurados se incluye a los trabajadores del gobierno federal y de algunos estados y de otras entidades públicas, al igual que a sus familias y jubilados. Su marco legal está establecido en la Ley del ISSSTE aprobada en 1959.

Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (INFONAVIT). Creado en 1972 con el objeto de administrar los recursos del fondo mediante un sistema de financiamiento que permita a los trabajadores obtener créditos hipotecarios. Beneficia a los empleados del sector privado formal afiliados al IMSS.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Creado en 1943, proporciona a sus afiliados prestaciones de seguridad social agrupadas en cinco categorías: i) enfermedad y maternidad; ii) riesgos laborales; iii) discapacidad y vida; iv) jubilación, pérdida de empleo en edad avanzada y vejez, y v) guarderías y otras prestaciones sociales. Estas prestaciones son financiadas mediante las aportaciones que pagan empleadores, empleados y el gobierno federal. La afiliación es obligatoria para los trabajadores del sector privado formal. Entre los asegurados también se incluye a los trabajadores del IMSS. El IMSS también ofrece un esquema de seguro voluntario llamado Seguro de Salud para la Familia, financiado mediante reglas distintas. Su marco legal está establecido en la Ley del Seguro Social. Entre las principales reformas relacionadas con los servicios de salud están las aprobadas en 1995 y en 2001.

Instituto Nacional Indigenista (INI). La Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), fue aprobada por el Congreso en 2003. Esta nueva ley revocó la original que creó el Instituto Nacional Indigenista. Aunque mantuvo el espíritu y los propósitos generales del INI, la CDI es un organismo descentralizado con la meta de asesorar, coordinar, apoyar, supervisar y evaluar programas, proyectos, estrategias y acciones públicas para el desarrollo sostenible de las poblaciones indígenas y sus comunidades.

Institutos Nacionales de Salud (INS). Hospitales de tercer nivel o de alta especialización. En la actualidad existen 11 Institutos, que corresponden a los siguientes renglones: i) psiquiatría; ii) oncología; iii) cardiología; iv) pediatría (dos institutos); v) perinatología; vi) nutrición y enfermedades metabólicas y endocrinas; vii) neurología y neurocirugía; viii) salud pública; ix) enfermedades respiratorias, y x) medicina genómica (establecido en 2004). To-

dos los INS son organismos públicos descentralizados cuyo principal objetivo reside en realizar investigaciones científicas en el campo de la salud, capacitar a recursos humanos calificados y prestar servicios de salud de alta especialización. Su ámbito de influencia es nacional y son coordinados por la Secretaría de Salud.

Jurisdicción Sanitaria. Unidad administrativa o área responsable ante las autoridades estatales de salud. Las jurisdicciones son unidades dependientes de los Servicios Estatales de Salud, encargadas de dirigir, administrar y operar la atención primaria y hospitalaria general que recibe la población no asegurada. También se encargan de la coordinación y operación de los servicios de salud pública para toda la población.

Ley del Seguro Social (LSS). Aprobada en 1943. En 1995 el Congreso aprobó una versión nueva de la Ley que, entre otras cosas, modificó en forma drástica el esquema de pensiones a fin de garantizar su sustentabilidad financiera y fomentar una mayor equidad en el corto y largo plazos.

PREVENIMSS. Programas de salud operados por el IMSS como parte del seguro de enfermedad y maternidad y que fomenta ciertas actividades e intervenciones de salud para aumentar la prevención y previsión de enfermedades para sus afiliados. Fue establecido en 2002 y emplea un enfoque basado en la edad para proporcionar servicios preventivos y curativos.

Programa de Ampliación de Cobertura (PAC). Este programa comenzó en 1996 con el objetivo de ampliar el acceso de la población a los servicios básicos de salud. Sus beneficiarios eran sobre todo las poblaciones rurales e indígenas y su estrategia principal consistía en proporcionar un paquete básico de servicios de bajo costo y alta efectividad. El programa recibía apoyo financiero del Banco Mundial. En la actualidad el programa está discontinuado y sus operaciones fueron descentralizadas a los estados. Los recursos correspondientes se internalizaron como parte de los fondos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud que se transfieren a los estados.

Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA). Programa de alivio de la pobreza, cuya operación comenzó en 1997 y terminó en 2001. Ha sido una de las principales estrategias o políticas sociales orientadas a poblaciones específicas de las últimas décadas. Predecesor del programa actual, Oportunidades.

Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Este programa se creó en 2001. Entre 1999 y 2001, operaba el Programa Nacional de Certificación de Hospitales. El procedimiento de certificación garantiza que un producto, proceso, sistema o servicio se conforme con la reglamentación y los lineamientos establecidos por el Consejo de Salubridad General. En la categoría de establecimientos de servicios médicos o de salud se incluye a cualquier unidad pública, social o privada, fija o itinerante, que preste servicios de salud, ya sean ambulatorios o de hospitalización (excepto los consultorios médicos). La certificación se basa en dos grandes apartados: infraestructura y disponibilidad de recursos; y procesos y resultados de los servicios de salud.

Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2001-2006. Documento oficial de política que presenta el diagnóstico y los retos que enfrenta el sistema de salud y los objetivos, estrategias y medidas correspondientes que deben llevarse a cabo durante el sexenio presidencial (2001-2006). Establece metas y propone indicadores para medir los logros. Representa el documento rector de la política nacional de salud. El primer documento de esta naturaleza data de 1973.

Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública (RNLSP). Operada por la Secretaría de Salud e integrada por los 32 laboratorios estatales, ofrece servicios de diagnóstico en el nivel estatal y apoyo a los programas estatales de seguimiento epidemiológico.

Régimen de Jubilaciones y Pensiones (RJP). Esquema de retiro y pensiones aplicable a los trabajadores del IMSS, además de las prestaciones a las que tienen derecho según la Ley del Seguro Social (ésta última es la misma que aplica para los trabajadores en el sector privado formal de la economía).

Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). Esta Secretaría es responsable de formular, conducir y evaluar las políticas generales de desarrollo social a fin de luchar contra la pobreza. Entre otros rubros, también es responsable del programa Oportunidades (que se compone de cuatro elementos: salud, educación, alimentación y activos). La Ley de Desarrollo Social fue aprobada a principios de 2004. Su objetivo consiste en garantizar el ejercicio pleno de los derechos sociales, según lo definido en la Constitución, al igual que establecer un Sistema Nacional de Desarrollo Social para estados y comunidades. La Ley también establece una Comisión Nacional de Desarrollo Social que se compone de los encargados de varias secretarías de Estado: educación pública, salud, trabajo y previsión social, agricultura, ganadería, desarrollo rural, alimentación y pesca, medio ambiente y recursos naturales.

Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP). Secretaría encargada de proyectar y estimar el ingreso y gasto del gobierno federal, administrar la deuda pública, recaudar impuestos y establecer precios de bienes y servicios producidos por la administración pública federal y de todos aquéllos otros sobre los que la Secretaría tiene control regulatorio.

Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Nombre anterior (entre 1943 y 1985) de la actual Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud. Esta institución se encarga de dirigir el Sistema Nacional de Salud, con responsabilidades en la definición y conducción de la política nacional de salud. Sus orígenes datan de la época colonial (siglos XVII a XIX). Su establecimiento formal fue en 1943, con el nombre de Secretaría de Salubridad y Asistencia como resultado de la fusión del Departamento de Salubridad Pública y la Secretaría de Asistencia Pública. En 1985 cambió su nombre por el de Secretaría de Salud. El marco legal para el Sistema Nacional de Salud, reescrito por completo en 1983, es la Ley General de Salud (LGS).

Seguridad Social (SS). Incluye a todas las instituciones de seguridad social: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); y otros esquemas de seguridad social de menor tamaño (PEMEX, SEDENA y SEMAR). Todos son organismos independientes operados mediante estructuras integradas de manera vertical coordinadas por oficinas centrales con unidades administrativas y prestadores de servicios de salud en el nivel estatal y regional. Las prestaciones que se ofrecen incluyen servicios de salud y otros beneficios sociales y económicos.

Seguro de Gastos Médicos Mayores (SGMM). Los esquemas privados de seguros de salud cubren gastos catastróficos, como intervenciones de alto costo y hospitalización.

Seguro de Salud para la Familia (SSF). Creado en 1997, este programa se dirige a los trabajadores independientes y quienes se encuentran en el sector informal de la economía y sus dependientes. Proporciona prestaciones en especie para el seguro de enfermedad y mater-

nidad pero pueden aplicarse exclusiones y plazos de espera para el acceso a ciertos servicios médicos. Las personas que se afilian de manera voluntaria al SSF pagan una cuota anual por grupo de edad.

Seguro Popular de Salud (SP). Creado en 2001 como programa piloto, en la actualidad opera bajo el nuevo Sistema de Protección Social en Salud en 29 de 32 estados. Es un seguro público voluntario de salud orientado hacia las familias de bajos ingresos sin acceso a las prestaciones de la seguridad social. Las fuentes de financiamiento incluyen las aportaciones del gobierno federal, de los estados y de las familias afiliadas, con la contribución de estas últimas definida con base en el ingreso. Proporciona acceso a un paquete de 91 intervenciones médicas y 165 medicamentos. También proporciona cobertura de algunas intervenciones complejas o costosas relacionadas con gastos catastróficos por medio de un fondo dirigido específicamente a este propósito. A fines de 2004, la cobertura llegaba a un millón y medio de familias. Se espera lograr la cobertura total de la población no asegurada en 2010 (cerca de la mitad de la población total de México).

Servicios Estatales de Salud (SESA). Se trata de los servicios de salud operados por las autoridades estatales y orientados en especial a la población no asegurada. Los SESA tienen la responsabilidad principal de proporcionar servicios de salud en el estado, al igual que otras funciones definidas en la Ley General de Salud. Las secretarías de salud de los estados cumplen otras funciones, como la de emitir reglamentación en el nivel local y prestar servicios comunitarios de salud. Los SESA rinden cuentas directamente al gobierno del estado y se crearon a raíz del proceso de descentralización. En 1982, la Secretaría de Salud (Secretaría de Salubridad y Asistencia en aquél tiempo) comenzó un proceso de delegación de responsabilidades a los Servicios Coordinados de Salud Pública (SCSP), organismos administrativos creados en 1934 para coordinar los servicios de salud en el nivel estatal. La primera etapa de la descentralización de los servicios de salud se realizó entre 1984 y 1998. Por decreto presidencial, los servicios que antes prestaba la Secretaría de Salud y los de IMSS-COPLAMAR se descentralizaron en 14 estados. Durante esta primera etapa los SCSP cambiaron su nombre por el de SESA. Entre 1988 y 1994, se llevó a cabo una segunda etapa de descentralización, que incluía a los estados restantes, excepto al Distrito Federal. Antes de la descentralización de los servicios de salud hacia los estados en las décadas de 1980 y 1990, los servicios de salud en los estados eran prestados por la Secretaría de Salud (la SSA en aquella época) federal, por oficinas de coordinación y establecimientos de nivel estatal y, en algunos casos, en establecimientos financiados en forma directa por el gobierno del estado.

Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Creado como resultado de las reformas a la Ley General de Salud aprobadas por el Congreso en 2003, se orienta a proporcionar protección financiera a las familias sin acceso a la cobertura de la seguridad social. Su financiamiento incluye dos grandes componentes: i) financiamiento público para servicios comunitarios de salud (de naturaleza de “bienes públicos”) y ii) esquema tripartita de aportación para cubrir los servicios personales para la población no asegurada por medio del Seguro Popular de Salud.

Sistema Nacional de Coordinación Fiscal (SNCF). Creado en 1980 para evitar la duplicación de gravámenes mediante una definición clara de las responsabilidades de recaudación tributaria para cada nivel de gobierno. Con este sistema, los estados renunciaron a su derecho de recaudar impuestos a cambio de recibir asignaciones federales de los impuestos en este nivel, los ingresos por derechos federales y otros ingresos obtenidos de la industria

petrolera. Su objetivo principal reside en armonizar el sistema tributario y distribuir una parte de la recaudación de ingresos federales entre los estados, por medio de convenios establecidos entre el gobierno federal y los estados.

Sistema Nacional de Salud (SNS). Este Sistema incluye a todos los prestadores de servicios públicos de salud, tanto federales como locales, y a los del sector privado (incluye las organizaciones comerciales, sin fines de lucro y otras) y los mecanismos de coordinación entre prestadores de servicios, cuyo objetivo consiste en cumplir el derecho constitucional de contar con protección en salud.

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). Programa que incluye un conjunto de estrategias y medidas para identificar y detectar posibles riesgos de salud. Genera información para orientar los programas de salud, identificar las intervenciones necesarias para luchar contra enfermedades específicas y situaciones de riesgo que afectan a la comunidad y traen consigo riesgos de salud potencialmente considerables.

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Creado en 1986 en conjunto con la Ley del Sistema Nacional de Asistencia Social. Es una entidad descentralizada que fomenta la asistencia social y presta servicios en este rubro, entre los que destacan los siguientes: rehabilitación y educación especial, atención a los discapacitados y población vulnerable (niños abandonados, ancianos e indigentes). Cada entidad federativa tiene un DIF estatal, cuya operación se lleva a cabo mediante el sector público, el social y el privado.