

## **Recomendaciones para la estructuración de un sistema integrado de atención a la salud <sup>1</sup>**

**Carlos Cruz Rivero  
Gabriela Andrea Luna Ruiz**

### *I. Introducción*

El presente capítulo pretende exponer un diagnóstico general del financiamiento del Sector de Salud y emitir algunas consideraciones sobre los procesos de reforma que se requieren instrumentar para superar la fragmentación, mejorar el financiamiento, la sustentabilidad y la eficiencia económica del Sistema Nacional de Salud en México.

Con el diagnóstico global del sector, se cuenta con los fundamentos para proponer la estructura de un sistema integrado de atención a la salud, que mejore la calidad de vida de los mexicanos y racionalice económicamente los servicios otorgados.

La protección social bajo un enfoque integrado, debe procurar la congruencia entre los principales componentes que actúan como determinantes de la salud: la atención médica, la educación, el empleo, la previsión, el combate a la pobreza y a la desigualdad, la seguridad y el desarrollo social. <sup>2</sup>

El derecho a la salud establecido en la Constitución Mexicana, requiere de lineamientos claros que permitan a los ciudadanos exigir

---

<sup>1</sup> Los autores agradecen la valiosa contribución de Carlo G. Coello Levet y Raquel Morales Barrera para la elaboración de este documento.

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

claramente la titularidad de este derecho;<sup>3</sup> y por tanto, es necesario consolidar un sistema de salud que se comprometa a responder a la población de manera específica; lo que implica transitar hacia un esquema de aseguramiento universal en donde quede explícitamente definido: a qué tipo de servicios tiene derecho la población, cuál es la institución responsable de otorgarlos, quién es su agente, qué tipo de cuentas debe rendir, y de qué monto es el financiamiento con que se cuenta para resolver las demandas de atención.<sup>4</sup>

El objetivo de este capítulo es delimitar los ejes rectores que permitirían estructurar un sistema integrado de atención a la salud, bajo el enfoque ampliado de la protección social.

El capítulo se estructura en apartados que dan cuenta de la problemática del financiamiento público y privado, la situación y retos para la consolidación del “Complejo Médico Industrial”, las sinergias entre el sector salud y otros sectores de la economía, y finalmente se exponen algunas recomendaciones para estructurar un sistema integrado de atención a la salud.

## *II. La problemática del financiamiento de los servicios de salud.*

Uno de los aspectos que más controversias ha generado en el estudio del Sistema Nacional de Salud es el problema del financiamiento, pues presenta grandes inequidades en todos los sentidos, no hay

---

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

<sup>4</sup> Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, *Macroeconomía y Salud: Invertir en salud para el desarrollo económico*, México, CMMS, 2006.

corresponsabilidad en los diferentes niveles de gobierno y tampoco se proveen de los mismos recursos a todas las entidades federativas; estos es, existen inequidades tanto verticales como horizontales.

A continuación se tratarán tres diferentes formas de analizar las inequidades relacionadas con el financiamiento y estructura del Sistema Nacional de Salud: a) la insuficiencia de fondos; b) la inequidad e inadecuada combinación pública y privada; y c) la inequidad en la asignación de fondos en las entidades federativas.

### 2.1 La insuficiencia de fondos

La insuficiencia de fondos se puede analizar desde una perspectiva global y su naturaleza se puede observar a través de un comparativo internacional del gasto en salud como porcentaje del PIB.

Cabe señalar que no existe un consenso sobre la cifra ideal que debe representar el gasto en salud como porcentaje del PIB, ya que muchas variables inciden en la magnitud de dicho gasto, tales como: la transición demográfica o envejecimiento que sufra un país, la transición epidemiológica, la tecnología a incorporar, la organización y eficiencia agregada del Sistema, la capacidad económica del Estado, la prioridad que un Estado Nación otorgue a la salud de sus ciudadanos, etcétera.

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló en 2000 un estudio <sup>5</sup> en el que se evaluó el desempeño de los sistemas de salud de 191 países, ~~lo que y esto nos~~ permitió establecer

---

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud*, Suiza, 2000; Murray C. J. L., Frenk J. "Un marco para evaluar el desempeño de los Sistemas de Salud", *Boletín de la OMS*, World Health Organization, Suiza, 2000.

un rango o estándar internacional que oscila entre un piso de 7.5 y un techo de 10 puntos en la participación deseable del gasto en salud como porcentaje del PIB, que son necesarios para poder fondear un sistema de salud universal que incorpore las principales demandas de atención.

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

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

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

Se observó que si el gasto en salud como % del PIB de un país está por debajo de 7.5% se cuenta con insuficiencia de recursos, y si se está por arriba de 10% se tendría un sistema muy costoso e ineficiente.

El gasto total en salud como porcentaje del PIB para México, en relación con el rango mencionado es insuficiente, al ser sólo de 6.1% en el año 2002, observándose una necesidad de incrementar dicha cantidad en al menos 1.4 puntos porcentuales para alcanzar el piso establecido con el estándar internacional. (Cuadro 1)

Asimismo, se observa que los fondos gubernamentales sólo representaron en 2002 el 44.9% del total, el resto fue suplido por los

fondos privados, que representaron 55.1% y lo constituían casi en un 95% los gastos de bolsillo de los hogares, lo que refleja una muy mala combinación pública-privada de fondos, dado que son más los recursos extraídos de los bolsillos de los hogares, que los que aporta el gasto gubernamental.

Se reconoce que recientemente el Estado Mexicano le ha otorgado al financiamiento a la salud una alta prioridad ya que creció el gasto en salud como % del PIB de 5.4% en 1998 a 6.3% en 2003. Sin embargo, los recursos siguen siendo insuficientes.

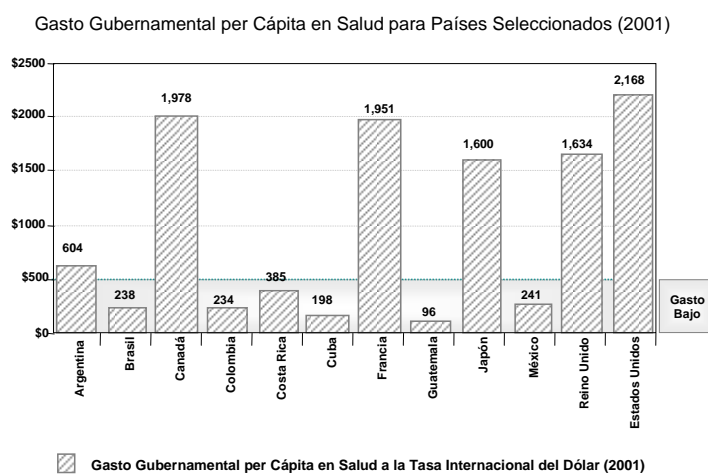
No obstante, se debe tener presente que destinar más recursos a salud es una condición necesaria, más no suficiente, para mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud, ya que se tendría que combinar con una mayor eficiencia tanto la asignación de recursos como el desempeño técnico de los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

Cuando se observa el gasto gubernamental en salud *per cápita* como indica la Gráfica 1, es evidente la gran desigualdad que ~~se~~ observa existe entre los países desarrollados y los países en desarrollo. El gasto gubernamental per cápita de los Estados Unidos es nueve veces mayor al de México.

Esta situación se expresa en que la atención médica mexicana, por la restricción presupuestal, no puede de ninguna manera equipararse a la atención que se otorga en los servicios públicos de los países desarrollados. Sin embargo, ante la globalización del

conocimiento y la información, las expectativas también se globalizan y cuando un paciente mexicano requiere una demanda de atención compleja, ~~este~~ éste la exige, y más cuando de esto depende su vida, sin importar que la institución económicamente este o no este en posibilidades de ofertar el servicio. Por esta razón las presiones de los usuarios ante los servicios médicos son extremas y las instituciones públicas en México desgraciadamente han incorporado selectivamente tecnología costosa y ~~respondido~~ responden de manera discrecional a quién le otorgan servicios médicos caros y complejos y a quién no.

Gráfica 1



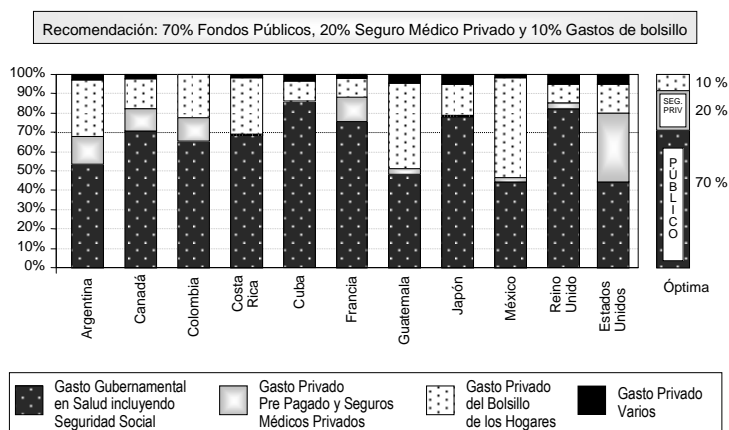
Fuente: The World Health Report 2004. Organización Mundial de la Salud. Ginebra Suiza, 2004

## 2.2 La inequidad e inadecuada combinación fondos públicos y privados

El estudio sobre la evaluación del desempeño de la OMS nos permitió además identificar una “Mezcla óptima” de recursos públicos y privados en el financiamiento de la salud, ya que los países que presentaron los

mejores indicadores de desempeño presentaban una combinación del orden de: 70% de Fondos Públicos, 20% de Fondos Privados de pre-pago y 10% de Fondos Privados de Gastos de Bolsillo. Esta combinación permite mantener como un bien prioritario a la salud, lograr la equidad social y a su vez, abre espacios de participación al financiamiento privado para permitir una mayor capacidad de elección y competencia.

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



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

La Gráfica 2 nos muestra que México presenta una de las peores combinaciones en relación a la mezcla público privada, ya que la participación de los fondos públicos debería subir de 44.9% a 70% y los fondos privados deberían disminuir y transformarse de “gastos de bolsillo” a gastos en seguros médicos o sistemas pre pagados.

En México en 2001 el principal pilar de financiamiento del Sistema Nacional de Salud lo constituían los gastos de bolsillo de los hogares, seguidos de una relativamente baja participación del gasto

gubernamental y una muy escasa participación de los seguros privados y los esquemas pre-pagados. Un sistema de salud en el cual su principal fuente de financiamiento es el bolsillo de las personas, genera un altísimo riesgo de empobrecimiento de las familias, ya que al no contar con otras opciones al presentarse una demanda de atención médica inesperada, las familias utilizan sus activos, venden patrimonio o se endeudan con un gran riesgo de caer en una trampa de pobreza.

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

### *2.3 La inequidad en la combinación de gasto público y privado en las entidades federativas y el desigual gasto per cápita por condición de aseguramiento.*

En 2003 el gasto en salud como porcentaje del PIB que presentaron las Entidades Federativas fue muy desigual; con una diferencia de 10.2 puntos porcentuales entre el estado que más destinó, Nayarit; y 3.2% puntos porcentuales para Campeche, entidad que menos destinó, como se observa en la Gráfica 3.

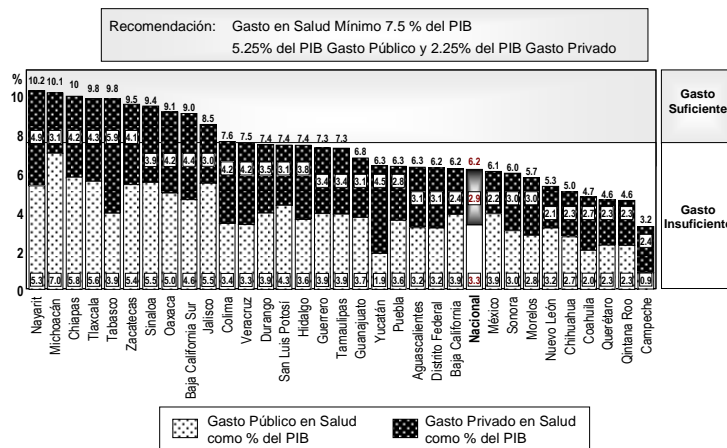
---

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



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

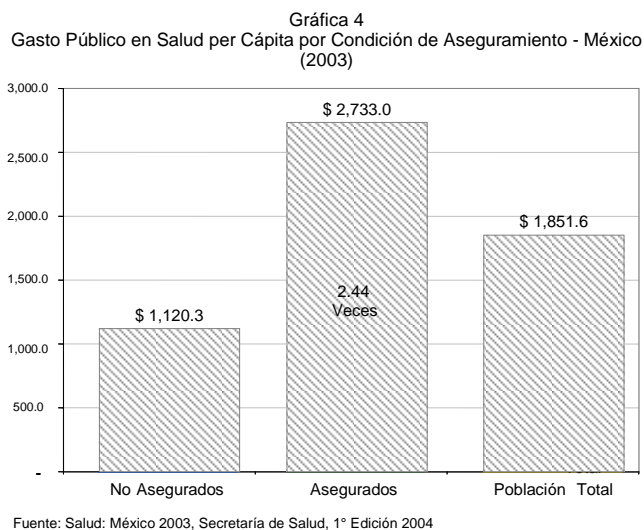
Gráfica 3  
Gasto Público y Privado en Salud como Porcentaje del PIB por Entidad Federativa - México 2003



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

La situación de las Entidades Federativas fue muy desigual; con una participación relativa de los Fondos Públicos, en algunos estados, mucho más baja que la recomendada y suplida por una alta participación de Fondos Privados. Son Campeche y Yucatán los estados que presentan una situación en extremo delicada, ya que el peso de los fondos privados es demasiado alto en relación con los fondos públicos.

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



La Gráfica 4 muestra que el gasto en salud por condición de aseguramiento resulta ser una fuente de profundización de desigualdades, ya que las familias con aseguramiento tenían un gasto público en salud 2.4 veces más grandes que las familias no aseguradas, las cuales presentaban a su vez la mayor carga de enfermedad, no cuentan con ingresos fijos estables y están en una situación de mayor riesgo.

El bajo gasto público en salud per cápita para la población no asegurada conduce a que se genere un efecto sustitución, en donde la insuficiencia de fondos públicos es suplida por fondos privados de

hogares de familias sin seguridad social, lo cual genera un altísimo riesgo de generar gastos catastróficos; por lo que la instrumentación del Seguro Popular de Salud, viene a corregir esta dramática situación.

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

Como se expresó en el apartado anterior, uno de los grandes retos del Sistema de Salud en México es lograr una estructura de financiamiento del sector salud con una combinación óptima de fondos tanto públicos como privados; sin embargo, la realidad actual es que la principal fuente de financiamiento de la salud es el gasto privado, el cual es fundamentalmente gasto de bolsillo, lo que resulta altamente inequitativo y expone a las familias a una situación de elevado riesgo económico.

En éste apartado se hará un análisis del gasto en que incurren las familias por motivos de salud, para realizar estas estimaciones se utilizó la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares en México (ENIGH), se reportan algunos resultados relevantes del año 2004.

Antes de presentar el problema del gasto de bolsillo en salud en los hogares, es necesario contextualizar la estructura general del gasto familiar de los hogares mexicanos.

En el Cuadro 2 se observa que en los tres primeros quintiles de ingreso la suma de los gastos del hogar en: alimentación, vivienda, cuidados personales, limpieza y transporte público; varía de 78.8% del gasto familiar para el 1° quintil de ingreso, 73.4% para el 2° quintil, 68.3% para el 3° quintil; lo que demuestra que el gasto familiar está

absolutamente comprometido, que no existe holgura para afrontar gastos imprevistos, que la economía familiar se altera por centavos y que el costo de oportunidad de asumir cualquier erogación no contemplada, significaría el no poder cubrir gastos en rubros básicos de primera necesidad.

Cuadro 2								
Composición Porcentual del Gasto Mensual Promedio de los Hogares ENIGH – México 2004								
Concepto	Quintil de Ingreso					Decil de Ingreso		Prom.
	I	II	III	IV	V	I	X	
Salud	5.4	4.5	4.2	4.5	4.7	5.7	4.9	4.6
Alimentos	55.5	46.6	41.5	35.8	26.0	59.4	22.2	40.0
Transporte Público	4.8	6.9	6.8	6.2	3.1	4.0	1.8	5.5
Cuidados Personales	5.1	5.7	5.6	5.3	4.3	4.8	3.9	5.2
Limpieza	4.6	3.9	3.6	3.5	4.4	4.9	5.2	4.0
Educación, Cultura. Rec.	3.3	5.6	6.6	8.6	12.2	2.9	13.8	7.6
Comunicaciones	3.0	5.0	7.0	9.2	11.5	2.1	11.6	7.5
Vivienda	8.8	10.3	10.8	10.4	9.3	7.6	8.9	9.9
Vestido	5.1	5.7	6.1	6.6	6.5	5.0	6.4	6.1
Cristalería	0.6	0.6	0.6	0.7	0.7	0.6	0.8	0.6
Enseres Domésticos	1.1	1.6	2.1	2.4	3.2	0.9	3.3	2.2
Artículos de Esparcimiento	0.3	0.6	0.6	0.9	1.2	0.2	1.3	0.7
Transporte	1.1	1.2	1.6	2.3	5.7	1.0	7.0	2.5
Otros Gastos	1.3	1.9	2.8	3.7	7.3	0.9	8.9	3.6
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Los hogares de los primeros 3 quintiles presentan una restricción severa en su ingreso disponible que les impide asumir gastos no programados, como lo suelen ser los gastos de bolsillo en salud.

Algunas de las características que hacen que los gastos del bolsillo en salud pongan en alto riesgo de empobrecimiento a la población, son: a) puede tratarse de gastos imprevistos que sorprenden a las familias y en ocasiones no se tiene solvencia económica para

enfrentarlos; b) muchas veces son gastos es ineludibles; c) en ocasiones pueden ser gastos previsible pero ineludibles (gastos por embarazo y parto); d) pueden traducirse en una erogación permanente, al tratarse de la atención de padecimientos crónicos; e) pueden ser resultado de la insatisfacción por los servicios públicos recibidos; y finalmente, f) pueden deberse a abusos propios de un mercado de servicios de salud poco o mal regulado.

Como resultado de lo anterior, cuando la población no asegurada se enfrenta a una demanda de atención médica y debe recurrir al autofinanciamiento a partir del gasto de bolsillo del hogar, en muchas ocasiones se cae en una “trampa de pobreza”, al surgir los llamados “gastos catastróficos”.

Para medir estimar el “gasto catastrófico en salud” se utiliza el indicador de la contribución financiera de los hogares (CFH) que es un indicador que mide el porcentaje de la capacidad de pago destinado al gasto en salud.

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

El porcentaje de hogares con gastos catastróficos se refiere a la proporción de hogares en riesgo de empobrecimiento a consecuencia de los gastos de salud no planificados. Cuando la CFH rebasa el 30% (CFH=.30), entonces los hogares incurren en lo que se ha denominado como gastos catastróficos por motivos de salud. Es decir, cuando el

gasto en salud rebasa el 30%, una vez descontado el gasto en alimentos y vivienda. <sup>7</sup>

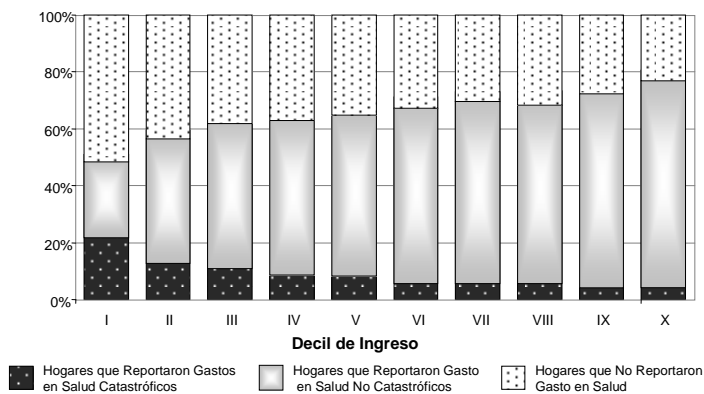
La forma para realizar el cálculo es: <sup>8</sup>:

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

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

En la Gráfica 5, se observa que en México en 2004 más del 20% de los hogares del 1° decil de ingreso, reportaron “gastos catastróficos” por motivos de atención médica, y que este porcentaje va disminuyendo para los siguientes deciles.

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



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

<sup>7</sup> De acuerdo a lo expuesto por Murray y Frenk (2000) *Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño*, Protección financiera, Dirección General de Evaluación del Desempeño, SSA.

<sup>8</sup> De la ecuación original propuesta por Murray y Frenk (2000), no se tomaron en cuenta únicamente los impuestos para calcular la capacidad de pago, esto es para evitar la posible doble contabilidad de los mismos, en que se puede incurrir por como se reportan en la ENIGH; a diferencia del artículo de Knaul (2005) quien sólo tomó en cuenta ingreso total menos gasto en alimentos.

Asimismo, se observa que en los primeros deciles de ingreso hay una mayor proporción de hogares que manifestaron no haber incurrido en ningún tipo de gasto en atención médica, siendo paradójicamente los hogares que presentan una mayor carga de la enfermedad. Esta evidencia hace reflexionar que, en buena medida, los hogares más pobres se excluyen del sistema de salud más por un problema de acceso <sup>9</sup> (motivos financieros), que por poseer un buen estado de salud, ~~reflejando lo que refleja~~ el constante aplazamiento de la atención a la salud.

Como resultado para el 50% de los hogares mexicanos que viven en condición de pobreza de patrimonio, al no estar protegidos por la seguridad social, cuando surge una demanda de atención médica, los miembros del hogar ~~se “aguantan”~~ aprenden a “vivir con enfermedad” por no contar con recursos para dar respuesta a esta demanda, y cuando ya esta se torna ineludible, sufren erogaciones que significan un gasto catastrófico.

En trabajos como el de Gwatkin (1999) <sup>10</sup>, así como en reportes de la Organización Panamericana de la Salud <sup>11</sup> se tiene evidencia respecto a que los pobres sufren una mayor incidencia, prevalencia y letalidad de enfermedades, en general soportan una carga elevada de

---

<sup>9</sup> Las formas en que tiene la población no asegurada financian los servicios de salud pueden ser: el endeudamiento o venta de activos de la familia, pero ambos son difíciles de cuantificar dados los préstamos informales, la usura y los mercados de segunda mano, que no están suficientemente documentados ni cuantificados en encuestas representativas.

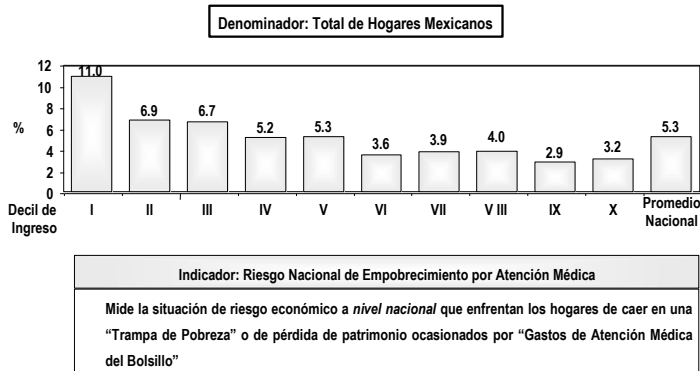
<sup>10</sup> Gwatkin D. R., Guillot M., Heuveline P. *The Burden of Disease among the Global Poor*, Lancet, 1999; 354 (9178), pp. 586-9.

<sup>11</sup> La carga de enfermedad en poblaciones pobres, Rev Panam Salud Pública, nov. 1999, vol. 6, núm. 5, p. 347-8.

enfermedad y al no estar asegurados tendrían que destinar una mayor proporción del gasto de bolsillo en salud. La inequidad queda de manifiesto.

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

Gráfica 6  
Porcentaje de Hogares a Nivel Nacional con Gasto Catastrófico por Motivos de Salud por Decil de Ingreso-ENIGH 2004

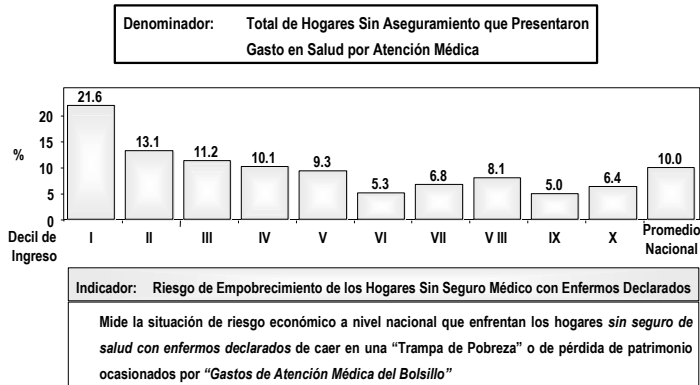


Nota: Total de Hogares de la (ENIGH 2004), 25,845,081.  
Hogares que presentan gasto catastrófico (ENIGH 2004) 1,369,079.  
Fuente: Encuesta Nacional Ingreso Gasto de los Hogares 2004, INEGI, cálculos propios.

Otra forma de abordar el problema, es analizar los gastos catastróficos sólo para los hogares sin aseguramiento que reportaron algún tipo de gasto en salud al momento del levantamiento de la ENIGH, como se expresa en la Gráfica 7.



Gráfica 7  
 Porcentaje de Hogares Sin Aseguramiento con Gasto en Atención Médica que Significó un Gasto Catastrófico por Decil de Ingreso-ENIGH 2004



Nota: Total de Hogares ENIGH 2004 Sin Aseguramiento que presentaron gasto en salud 12,163,662.  
 Hogares sin aseguramiento que presentan gasto catastrófico (ENIGH 2004) 1,214,521.  
 Fuente: Encuesta Nacional Ingreso Gasto de los Hogares 2004, INEGI, cálculos propios.

Si el análisis solamente incluye solamente a los hogares sin aseguramiento en salud que reportaron haber gastado en atención médica, el porcentaje de hogares que registraron gasto catastrófico en 2004 fue de 21.5% para el 1° decil de ingreso; y 13.1% para 2°. El promedio nacional para los hogares sin aseguramiento con enfermos declarados de incurrir en gasto catastrófico fue de 10%. Estos datos por sí solos justifican la instrumentación del Seguro Popular de Salud.

Al analizarse el problema de los gastos catastróficos por tipo de gasto se detectaron situaciones alarmantes en relación con los gastos de bolsillo para financiar hospitalizaciones y para financiar gastos de embarazo y parto. En 2004 el 52.6 % de los hogares sin aseguramiento del 1° decil de ingreso que gastaron en hospitalización presentaron gastos catastróficos. Del mismo modo, el 40% de los hogares sin

aseguramiento del 1° decil que gastaron en atención del embarazo y parto sufrieron gastos catastróficos.

Una recomendación que se emite para la definición del “paquete de beneficios” a incluir en el Seguro Popular de Salud, podría centrarse en el análisis de los gastos catastróficos por tipo de aseguramiento.

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

Finalmente y con base en estos datos, se estimó la probabilidad de incurrir en gastos catastrófico por motivos de salud en México con datos de la ENIGH 2004.<sup>12</sup>

En esta estimación se encontró que cuando hay un aumento de 1% en la proporción de adultos mayores y 1% en la proporción de niños menores de 2 años en el hogar, la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico aumenta en 6% y 11% respectivamente.

El modelo estimado también permitió verificar que el aseguramiento es un factor de protección en cuanto a la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico para los hogares que poseen entre los miembros del hogar a niños y adultos mayores.

---

12 Para abundar en la estimación del modelo probit, que estima la probabilidad de riesgo de tener gasto catastrófico, se recomienda revisar Cruz C, *et al.*, *Catastrophic expenditure in health and income elasticities by item of expenditure in Health Services in México. Well-being and Social Policy. Vol. 2. Num 1 First semester 2006.*

En cuanto al gasto catastrófico por zona de residencia, las localidades rurales generalmente se encuentran en desventaja con respecto a las zonas urbanas, con un 2% de mayor probabilidad de incurrir en gasto catastrófico.

En relación a la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico cuando algún miembro del hogar tiene una discapacidad, la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico por cada discapacitado adicional en el hogar, aumenta en 3%, los no asegurados tienen una probabilidad de 4% de incurrir en gasto catastrófico, respecto al 1.4% de los asegurados.

La relación entre la probabilidad de gasto catastrófico y los años de escolaridad disminuye por cada año adicional de escolaridad: la probabilidad es más alta para los no asegurados con 1.5%, contra el 0.3% de los asegurados.

Con respecto a la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico y la condición de aseguramiento se observa que los hogares asegurados tienen una probabilidad 1.2% menor de incurrir en gasto catastrófico que los hogares sin aseguramiento. Sin embargo, este resultado es preocupante en ambos sentidos puesto que hogares que poseen aseguramiento no deberían incurrir en gasto catastrófico, pero muchos de ellos están dispuestos a gastar de su bolsillo porque tienen una percepción de baja calidad en los servicios que ofrecen IMSS, ISSSTE, o PEMEX, entre otros; así recurren a los servicios privados por insatisfacción, por la atención obtenida en experiencias previas o por la falta de amenidades.

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

- Que el aseguramiento no esté estrictamente vinculado a la condición laboral y se fortalezca al Seguro Popular de Salud, para avanzar en la cobertura universal.
- Fomentar la transformación de gastos de bolsillo en pre-pagos, generando esquemas atractivos de aseguramiento a la salud tanto públicos como privados, que permitan la corresponsabilidad económica en su financiamiento. Es decir prestigiar los servicios públicos y privados para que la población este dispuesta a pagar, aunque sea de manera subsidiada, parte de la prima.

Se destaca que la problemática del financiamiento de los servicios de salud en México directamente relacionada con los gastos catastróficos, fue atacada de manera frontal a partir del año 2002 al comenzar a instrumentarse a nivel piloto el Seguro Popular de Salud y promulgarse en 2003 el decreto por el que se reformó la Ley General de Salud en materia de Protección Social, para dar soporte financiero a la instrumentación del Seguro Popular a partir de 2004.

En 2006 el Seguro Popular cubría a más de 5 millones de familias y se estableció el compromiso legal de alcanzar la cobertura universal para el año de 2010. Conviene enfatizar que el 94% de las personas afiliadas al Seguro Popular pertenecían al 1° y 2° decil de ingreso ~~y el~~.

hogares en los que se destinaba 45% del gasto ~~se destinaba~~ a

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

#### *IV. La situación y retos inmediatos para el “Complejo Médico Industrial”*

El término “Complejo Médico Industrial” se toma haciendo una analogía del término “Complejo Militar Industrial” –“Military-Industrial Complex”<sup>13</sup>, que se refería a la combinación e intereses mancomunados de las fuerzas armadas, la industria armamentista, la política y los intereses comerciales de los Estados Unidos, en la década de los sesenta.

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

---

<sup>13</sup> Military Industrial Complex: Término utilizado públicamente por 1° vez por el Presidente de los Estados Unidos de Norteamérica, Dwight D. Eisenhower en “Farewell Address to the Nation” el 17 de enero de 1961.

dinámico de la economía y ofrecer mejores opciones para elevar la calidad de vida de la población.

El análisis del desarrollo del “Complejo Médico Industrial” y el sector salud, se estructura a partir de dos grandes componentes: la atención médica privada y la industria farmacéutica.

En relación con la atención médica privada, una de las limitaciones del sector salud en México, es que tiene una baja capacidad para movilizar recursos hacia el sector privado, originada porque el gasto privado proviene en más de un 95% de bolsillos de hogares empobrecidos, lo que ocasiona que el “Mercado de Insumos para la Salud” y el “Mercado de la Atención Médica” privados sean muy estrechos, con muy baja capacidad resolutive y un desarrollo sub-óptimo en tamaño, escala, calidad, tecnología y recursos.

Para desarrollar el mercado médico privado se requieren dos condiciones básicas:

1. Que los servicios de salud del Sector Público le abran espacios a la provisión privada en donde sea costo-efectiva, y con esto la apoye y la desarrolle.
2. La modificación del esquema de financiamiento de la atención médica de los hogares y el tránsito de un financiamiento básicamente de bolsillo hacia el desarrollo de esquemas de pre-pago y de aseguramiento voluntario.

En el Cuadro 3 se expone el peso específico de la Atención Médica Privada en la economía. En 2004 los Servicios de Salud y de Asistencia

Social registraban 102,940 unidades económicas, que representaban 3.4% del total de unidades censadas a nivel nacional; con 355,169 personas ocupadas, 2.2% del total; que percibían \$8,745.3 millones de remuneración, 1% del total; con una producción bruta total de \$43,697.1 millones, 0.7% del total; un consumo intermedio de \$20,996.7 millones, 0.7% del total; y un valor de activos fijos de \$34,073.5 millones, 0.9% del total. <sup>14</sup>

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

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

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

A su vez, la estructura de la oferta de servicios médicos privados se caracteriza por la presencia de microempresas, con un bajo poder empleador y baja capacidad de respuesta para enfrentar demandas de atención complejas derivadas de padecimientos crónico degenerativos y lesiones.

<sup>14</sup> INEGI, Censo económico 2004. ¡El quehacer económico en números!, julio 2005, México. Consulta [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx). 24 de abril de 2006.

Se puede generar la hipótesis de que podrían crecer las unidades médicas privadas y se podría desarrollar este segmento del mercado si se cambiara la forma de financiamiento del pago directo del bolsillo hacia sistemas de financiamiento pre pagados, resultantes de grandes contratos por la prestación de servicios privados con aseguradoras públicas y privadas.

Otro de los problemas que no se ha resuelto para el crecimiento de los servicios médicos privados, es la baja participación en el mercado del Seguro Médico Privado.

Los Seguros de Gastos Médicos Mayores en 2003 cubrían solo a 3,820,151 personas; de las cuales 2,835,000 eran asegurados cubiertos por Grupo y Colectivo y 985,000 por primas individuales. Estos seguros tienen un precio relativamente alto para que una familia promedio acceda a ellos, por ejemplo, para una familia en la que los padres rondaran los 40 años y tuvieran dos hijos entre 10 y 12 años, una prima familiar costaría entre 40 mil y 60 mil pesos anuales.

Dado el elevado costo de los Seguros de Gastos Médicos Mayores y el bajo nivel de crecimiento del empleo formal, aunado con la restricción presupuestal que enfrentan la mayoría de los hogares, se observa poco probable que la cobertura de este tipo de seguros crezca significativamente en el mediano plazo.

El segundo componente que se destaca en el “Complejo Médico Industrial”, es la importancia de la industria farmacéutica, que en 2002 representó el 1.2% del PIB y el 21% del gasto del sector salud público y privado.



Cuadro 4  
 Numeralía del Sector Farmacéutico Mexicano

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

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

A principios del milenio coexistían más de 300 laboratorios que comercializaban más de 7,000 medicamentos en más de 12,000 presentaciones y que en el país operaban más de 23,500 farmacias privadas y públicas con una distribución por parte de compañías mayoristas, como Nacional de Drogas, Casa Saba y Casa Marzam, que han logrado que en el país no falten los medicamentos.<sup>15</sup>

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

<sup>15</sup> González Pier E., González A., "Capítulo x. Regulación Saludable del Sector Farmacéutico", en *Competencia económica en México*, Comisión Federal de Competencia, Porrúa, México, 2004.

El Mercado de Medicamentos en México es sólido y la mayoría de las empresas líderes a nivel mundial no sólo proveen de medicamentos sino que tienen plantas en el país.

A su vez, se estimó que en 2003 la industria de Medicamentos en México empleaba de manera directa a 45,401 personas y que en promedio obtenían mayores niveles de remuneración que la media del mercado laboral. Asimismo, se observó que la media de crecimiento anual de 1993 a 2002 en la fabricación de productos farmacoquímicos y farmacéuticos aumentó a una tasa real de 4.85% anual.<sup>16</sup>

Las compras gubernamentales de medicamentos en 2002 concentraban el 50% del volumen del mercado pero apenas el 18% del valor. El IMSS representaba el 80% de la compra pública, el ISSSTE el 14.2% y la SSA Federal y Estatal el 5.4%. A su vez, los laboratorios nacionales suministran cerca del 80% de la compra pública.

Sin embargo, la estructura de mercado de la industria farmacéutica se verá drásticamente alterada ante el desarrollo del Seguro Popular y el aseguramiento universal de la población mexicana comprometido para el año 2010, ya que el mercado cambiará de un mercado preponderantemente privado, desregulado y atomizado en 100 millones de consumidores, hacia un mercado público, sobre regulado e integrado en tres o cuatro aseguradoras públicas.

Los cambios resultantes del aseguramiento universal comprometido para 2010 afectarán la estructura de mercado en dos direcciones. En un sentido, se afectará dramáticamente la estructura de

---

<sup>16</sup> Enríquez Rubio E., Frati Munari A., González Pier E., *Hacia una política farmacéutica para México*, Secretaría de Salud, México, 2006.

precios ya que el diferencial de precios de la compra consolidada pública con respecto al precio de medicamento en farmacia privada es enorme; asimismo, se aumentarán las restricciones al consumo a partir del cumplimiento de normas y “Cuadros Básicos”, así como de lineamientos de licitaciones públicas; en el otro sentido, se esperan aumentos significativos en las partidas de compra de medicamentos en las instituciones públicas, ya que demandas de atención anteriormente no cubiertas, especialmente para los pobres, deberán ser resueltas al incorporarlos al Seguro Popular.

El gran reto inmediato, será el desarrollar un “Programa de Transición con la Industria Farmacéutica” a fin de que los cambios en la estructura de precios y las nuevas restricciones, sean compensados por aumentos en el volumen de compra gubernamental; de modo que se genere una industria más grande y competitiva. Si esto se lograra ganarían todos: la industria, las instituciones públicas aseguradoras y el consumidor.

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

Hasta este punto se han revisado algunos problemas del financiamiento del sector salud y algunas particularidades que muestra el “Complejo Médico Industrial”; sin embargo, es deseable identificar el contexto general sobre el que se asientan las políticas públicas y de desarrollo social, en el que se ubica el Sistema de Salud mexicano.

Con formato: Sangría: Primera línea: 0.63 cm

México se refleja como un país con graves problemas económicos y sociales, sin embargo por su impacto en la salud son 3 los principales problemas que nos parece importante destacar: la pobreza y la desigualdad, la baja recaudación que imposibilita acciones contundentes en materia de política social y las sinergias con otros sectores de la economía para fortalecer la política de salud.

#### *5.1 La alineación del Desarrollo Social y la Política de Salud*

A partir del análisis de la sinergia entre la política de desarrollo social y la política de salud, se puede afirmar que, la pobreza puede ser concebida como una privación multidimensional, en donde la imposibilidad de obtener cierta especificación de activos, ingresos, bienes de consumo u otros elementos del bienestar, identifica a quién es pobre. No sólo existe un tipo de pobreza y no es conveniente confundir el concepto de pobreza con otros conceptos distributivos, como la desigualdad, marginalidad y exclusión.<sup>17</sup>

Si bien en México desde finales de la década de los noventa, con la instrumentación del Programa Progresá y su transformación en el Programa de Oportunidades, se ha dado un avance constante en el combate a la pobreza; en 2004 más de 18 millones de personas (17.3%), estaban en situación de “Pobreza Alimentaria”; más de 25

---

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

millones (24.6%), en situación de “Pobreza de Capacidades”; y casi 49 millones (47%), en situación de “Pobreza de Patrimonio”.<sup>18</sup>

La pobreza desde el ámbito de la salud es muy importante, pues en muchas ocasiones el único activo que tienen los pobres es su cuerpo y si éste se deteriora por la enfermedad, hunde al pobre y a su familia en una trampa de pobreza, de la cual es muy difícil escapar.<sup>19</sup>

En un proyecto de reducción de pobreza y fomento al crecimiento económico, se debe considerar a la salud como un bien final, en el que debe invertirse a lo largo del tiempo, lo que llevará a un círculo virtuoso que romperá con las inercias negativas dentro de los sectores más pobres de la población de una nación.<sup>20</sup> Por lo que el mejoramiento de la calidad de vida de los pobres debe implicar una mejoría en sus condiciones materiales de vida, de sus estilos de vida y en el autocuidado de la salud.

La sinergia entre la política de salud y la política de desarrollo social debería tener como fin el estructurar una propuesta hacia un “Sistema de Desarrollo Socioeconómico Integrado y Sustentable” que transite de un conjunto atomizado de políticas sociales y económicas, que tienen un gran valor en sí mismas, hacia un sistema que integre políticas, mancomune acciones y potencialice los logros intersectoriales.

---

18 Cfr. *Medición de la Pobreza 2002 – 2004*. Comité Técnico para la Medición de la Pobreza, 14 Junio 2005

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

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

Los principales instrumentos de política pública que se deben revisar en salud para mancomunar acciones y logros intersectoriales son el Programa Oportunidades y el Seguro Popular.

Si bien se han documentado plenamente, a través de la evaluación externa del Programa Oportunidades, las mejoras que ha logrado en materia de mejoramiento de las condiciones de salud de sus agremiados, el Programa requiere de un replanteamiento ante las posibilidades de un aseguramiento universal en salud, meta del Seguro Popular para el año 2010.

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

La desigualdad en México no se ha mejorado y se siguen presentando Coeficientes de Gini superiores a 50, en donde el 10% de la población más pobre sólo concentra el 1% del ingreso, en tanto que el 10% más rico, concentra más del 40% del ingreso.

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

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

Consecuentemente, se identifican cinco acciones que de llevarse a cabo lograrían alinear la política de desarrollo social con la política de salud: 1) Garantizar los recursos financieros, humanos y materiales para lograr la cobertura universal del Seguro Popular para 25 millones de mexicanos en Pobreza Alimentaria y Pobreza de Capacidades; 2) La universalización de la Atención Primaria a la Salud y el establecimiento de la libre elección del médico de familia y su definición como el eje rector del Seguro Popular y del vínculo con el Programa Oportunidades; 3) La complementariedad de las transferencias monetarias del Programa Oportunidades, con un nuevo sistema de “apoyo psicosocial” para generar condiciones individuales y familiares que detonen un cambio de actitud hacia el progreso; 4) El fortalecimiento de los “Bienes Públicos en Salud” y de las acciones en saneamiento básico, drenaje, agua potable y vivienda para población que vive en condiciones de pobreza; y 5) La ampliación de los programas de nutrición dirigidos a los pobres.

### *5.2 La alineación la Política Fiscal y la Política de Salud*

Se observa que la problemática general del sistema fiscal mexicano, está caracterizada por: a) muy baja recaudación: 15.4% del PIB; b) un esquema de recaudación tributaria con múltiples exenciones, con lo que ha perdido neutralidad, equidad y simplicidad; propiciando una pérdida

recaudatoria estimada recientemente por la SHCP en 5.3 puntos del PIB; c) una estructura de la carga tributaria inadecuada, se requiere que se duplique la participación de los impuestos al consumo de 3.5% del PIB al 7%, con una profunda reestructuración de los esquemas tributarios que gravan ingresos, en la búsqueda de incentivar y reactivar la inversión productiva y el ahorro a nivel nacional; d) una participación desbalanceada por niveles de gobierno en cuanto a recaudación y distribución de recursos.<sup>21</sup>

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

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

El problema de la insuficiencia de recursos se documentó en la primer parte de este capítulo, por lo que es imperativo del sector salud

---

<sup>21</sup> Banco de México: Un comparativo internacional de la Recaudación Tributaria. México, Mayo 21 2003



lograr sinergias con la política fiscal tanto para aumentar los ingresos tributarios, así como para eficientar el gasto público.

En materia de contribuir al aumento de los ingresos tributarios dos acciones se podrían instrumentar desde el sector salud. La primera, se debería centrar en garantizar el acceso a medicamentos gratuitos a partir del Seguro Popular, a fin de contribuir a destrabar el problema del IVA a medicinas. La segunda acción, se debería encaminar a fundamentar científicamente la conveniencia en términos de salud de aumentar los impuestos al tabaco y al alcohol, hasta alcanzar los estándares de los países desarrollados.

En relación con las medidas que se deberían instrumentar para aumentar la eficiencia del gasto público, el sector salud debería instrumentar acciones encaminadas en dos sentidos; por un lado, eficientar la asignación de recursos, a partir de la definición de flujos financieros en partidas presupuestales definidas que permitan evaluar el costo y la efectividad de los procesos; y por el otro, instrumentar medidas que aumenten la eficiencia técnica de los servicios, de entre las que destacan: la separación del financiamiento y la prestación de servicios, la competencia entre proveedores, la administración eficiente del *Pool* de Riesgos y la generación de incentivos al desempeño, ligados a un estricto proceso de rendición de cuentas.

Se emiten 5 recomendaciones a fin de alinear la política fiscal con la política de salud: 1) Aumentar el gasto público en salud en 1.5 puntos porcentuales del PIB, para fortalecer los programas de compensación social en salud redistributivos; 2) La participación activa

Con formato: Fuente: Cursiva

del sector salud para destrabar la reforma fiscal, trasladando la discusión de la parte de ingresos – recaudación, a la parte de egresos – gasto en salud efectivo, con garantía de acceso a medicinas gratuitas para los pobres; 3) La valoración de incrementar impuestos al tabaco y ampliar los apoyos de la industria tabacalera al sector salud; 4) El cambio en la arquitectura financiera de los fondos públicos y la modificación de los Ramos 12, 13 , 19, 28 y 33 para que la estructura programático presupuestal responda a la nueva “Política de Estado en Materia de Salud”; y 5) la instrumentación de nuevas reglas de participación fiscal entre los tres niveles de gobierno, para hacer sustentable económicamente ~~el~~un nuevo pacto social en salud, fortaleciendo el Sistema de Cuentas Nacionales en Salud.

### *5.3 Las sinergias con otros sectores de la economía para fortalecer la política de salud*

Por razones de espacio solamente se mencionará de manera muy general la importancia de lograr sinergias entre la política de salud y las políticas educativas, ambientales, laborales y de comercio exterior.

En relación con el sector educativo, es necesario reconocer que la política de salud tiene nexos muy débiles con la política educativa y que se requieren mancomunar las acciones entre ambos sectores. Si se aprovechan las oportunidades que brinda la reforma en salud en materia de separación de financiamiento y provisión de servicios, y se instrumenta el “Seguro de Salud para el Estudiante”, a partir de sistemas de pago por capitación para atender con un paquete de

beneficios en salud costo efectivo, al conjunto de estudiantes desde el nivel pre escolar hasta el universitario, se reestructuraría de manera integral el modelo de atención a la salud de la población de 3 a 24 años y se lograrían alinear los incentivos entre el sector salud y el educativo.

En cuanto a la alineación y convergencia de la política de salud y la política ambiental, se observa que en México la municipalización de las acciones de salubridad de los setentas y ochentas contribuyeron en mucho a la atomización del proceso de rendición de cuentas, y como resultado más del 80% de las aguas residuales no se tratan, en el ámbito rural todavía hay grandes segmentos poblacionales sin acceso a agua potable entubada y drenaje, el país vive en un entorno altamente contaminado, y por consiguiente las condiciones materiales de vida son adversas para los determinantes de la salud. Es necesario retomar a nivel federal el antiguo concepto de salubridad y se recomienda que la Secretaría de Salud fortalezca la rectoría de las acciones encaminadas hacia la generación de un entorno saludable. En pocas palabras se requiere el “Blindaje Sanitario del País”, pues el rezago en materia de salubridad coloca a la economía permanentemente en una situación de alto riesgo en términos epidemiológicos.

En relación a generar sinergias entre la política de salud y la política de empleo, se requiere que los nuevos instrumentos como el Seguro Popular se analicen desde la perspectiva de los efectos que generan para incentivar o desincentivar el empleo formal. Se recomienda que se considere a la seguridad social y a sus 5 ramos de aseguramiento: salud, pensiones, riesgos de trabajo, invalidez y vida y

prestaciones sociales; como la columna vertebral del desarrollo económico y que al Seguro Popular se le ubique como un paso hacia la formalización, ya que de otro modo puede ser concebido como un incentivo para lograr cierta protección social en salud ha cambio de nada y podría incentivar la informalidad.

Por último, es importante tener presente que México está plenamente integrado al mundo y que el proceso de globalización obliga a analizar las políticas de salud en relación con el proceso de globalización de la atención médica; lo que implica la instrumentación de una serie de estrategias para dar respuesta en materia de salud al movimiento internacional de personas y al consumo de servicios médicos en el exterior.

Así pues, se proponen seis líneas de acción para hacer compatible la política de un México globalizado con la política de salud: a) desarrollar el “Esquema de Seguridad Social para Trabajadores Mexicanos Migrantes”, b) el abaratamiento del costo del aseguramiento en salud y el mejoramiento del nivel de vida de los mexicanos como variables para atraer capitales, c) focalizar acciones para el Blindaje Sanitario de Enclaves Turísticos, y d) apoyar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, para el desarrollo de la investigación multicéntrica y multipaís sobre enfermedades que podrían generar pandemias.

Cuadro 5  
El Proceso de Globalización de la Atención Médica

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

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

## VI. Recomendaciones y conclusiones para generar un Sistema Integrado de Salud

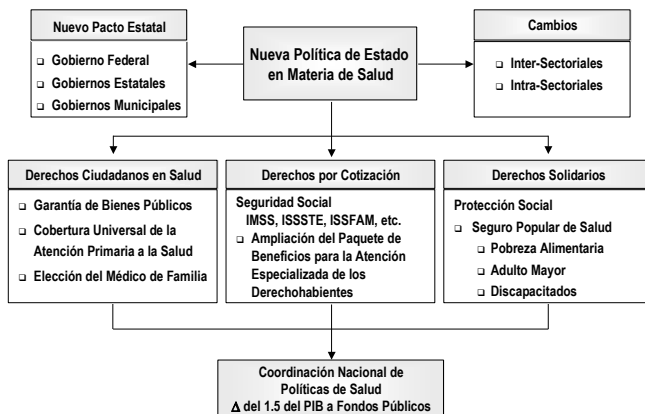
El proceso de reforma de los sistemas de salud en México ha sido una constante en las últimas dos décadas, siendo un proceso dinámico que requiere de tiempos de maduración más largos, en donde las reformas instrumentadas recientemente como el Seguro Popular, deben ser consideradas como “Reformas de Medio Camino”; que han contribuido de manera significativa a mejorar la estructura y funcionamiento del sector salud, pero que requieren de un plazo más largo y de nuevos componentes para consolidar el cambio iniciado y lograr la convergencia hacia un sistema de salud integrado.

La OCDE determinó en 2005 que el principal problema del sistema de salud mexicano era el de la fragmentación, ya que coexistían un mosaico de instituciones publicas y privadas, relativamente

desconectadas, que ofrecían diversos paquetes de beneficios con distintos niveles de calidad y eficiencia y que como resultado se generaba una respuesta y una salud desigual para los mexicanos.

Por tal motivo el principal reto en materia de salud a partir del 2007, es el de generar una verdadera “Política de Estado en Materia de Salud” que supere tintes político partidarios y convoque en una acción coordinada a lo 3 niveles de gobierno: federal, estatal y municipal; para generar cambios sustantivos tanto al interior del sector salud como sinergias entre los determinantes de la salud y otras políticas socio-económicas.

Cuadro 6  
La Nueva Política de Estado en Materia de Salud



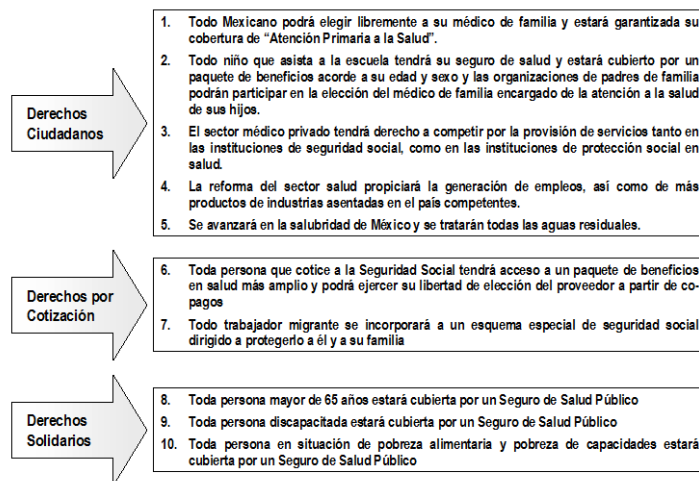
Se propone que se introduzcan cambios organizacionales para que las instituciones del Sistema Nacional de Salud funcionen como verdaderas aseguradoras, se supere fragmentación institucional; se generalicen los instrumentos para evaluar los costos y la efectividad.

cambios en las formas de remuneración y contratación que permitan que los activos institucionales generen ingresos.

Las recomendaciones básicas, ~~expuestas~~ esquematizadas en el Cuadro 6, para la Política de Estado en Salud giran en torno a la transición hacia un Sistema Integrado de Salud, cuyas características deben ser: <sup>22</sup>

- a) Un brazo político, para acordar compromisos en los tres niveles de gobierno y poder materializar una nueva Política de Estado en Materia de Salud.
- b) La ampliación del radio de acción, lo cual requiere cambios de la política de salud, tanto al interior del sector, como en la sinergia que se logre con otros sectores.

Cuadro 7  
El Significado de la Reforma en Salud en 10 Compromisos Exigibles



- c) La garantía de 3 tipos de derechos en salud. (Cuadro 7)

<sup>22</sup> Para un conocimiento mas detallado de la propuesta se recomienda consultar el libro: Cruz et al 2006 Hacia un Sistema Único de Salud – Una propuesta no autorizada.

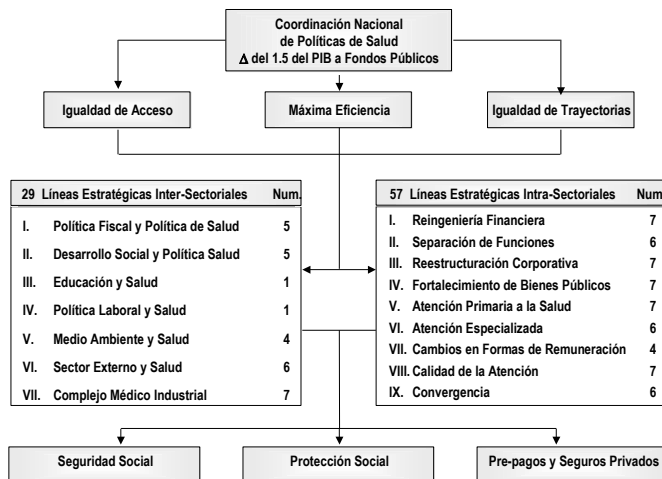
Derechos ciudadanos homólogos; derechos por cotización, Paquetes de beneficios para la atención especializada por cotizar en algún esquema de seguridad social; y derechos solidarios, nuevo pacto de solidaridad donde la sociedad establece garantizar la protección social y el fortalecimiento del Seguro Popular de Salud.

d) La convergencia institucional hacia un Sistema Integrado de Salud; que se lograría a través del establecimiento de una Coordinación Nacional de Políticas de Salud, con el objetivo de conducir hacia la convergencia de las agendas institucionales, integrando acciones intersectoriales, articulando los esfuerzos de los tres niveles de gobierno, sistematizando la transferencia de logros científicos y técnicos, y generando un proceso de rendición de cuentas. Además, se encargaría de que los 1.5 puntos adicionales del PIB, se aplicar~~án~~ para dar cumplimiento al programa de reforma, se corrigieran desviaciones históricas y se promovieran el desarrollo del Complejo Médico Industrial.

**Con formato:** Sangría: Izquierda: 0 cm, Sangría francesa: 1.06 cm, Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: a, b, c, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0 cm + Tabulación después de: 1.06 cm + Sangría: 1.06 cm



Cuadro 8  
Esquema Maestro para la Propuesta de Reforma en Salud



e) La “igualdad de acceso”, “máxima eficiencia” y en especial la “igualdad de trayectorias” deberán ser los principios rectores de un Sistema de Salud Integrado.

f) Se proponen 29 líneas de acción con otros sectores de la economía para garantizar alinear los incentivos de la política de salud con otras políticas sectoriales<sup>23</sup>.

g) Se proponen 57 líneas de acción intra sectoriales para materializar los cambios financieros y técnicos; así como para otorgarle racionalidad económica al sistema de salud<sup>24</sup>.

Se recomienda que las acciones de reforma permitan avanzar en la titularidad y cabal cumplimiento de los derechos en salud, a partir de que los cambios tengan un significado concreto y simple para el

<sup>23</sup> Para una revisión con mayor profundidad véase: Cruz C., Coello C., Luna G., Morales R., (2006) *Hacia un sistema único de salud – Una propuesta no autorizada*. México. Talleres de Programas Educativos.  
<sup>24</sup> Cf. Op.cit

ciudadano; de modo que toda persona pueda entender y exigir fácilmente sus derechos y obligaciones en salud, tales como:

- ❖ Elegir libremente a su médico de familia.
- ❖ Exigir el aseguramiento en salud si se es mayor de 65 años, se está discapacitado, o si la familia está en situación de Pobreza Alimentaria o Pobreza de Capacidades.
- ❖ Contar automáticamente con un aseguramiento en salud si es estudiante y tener acceso a un paquete de beneficios explícitamente definido de acuerdo a la edad y sexo del escolar.
- ❖ Exigir un paquete de beneficios mayor si se está afiliado a algún esquema de aseguramiento social.
- ❖ Estar afiliado a un esquema de seguridad social específico si se es trabajador migrante temporal
- ❖ Poder ampliar sus prestaciones médicas a través de co-aseguros.
- ❖ Tener derecho a solicitar amenidades en la atención médica con la posibilidad de establecer co pagos.
- ❖ Tener la seguridad de que la universalización del aseguramiento en salud abrirá espacios a la participación del sector privado y que no estarán en riesgo las fuentes de empleo de la atención médica privada competitiva.
- ❖ La reforma en salud beneficiará el empleo y la generación de nuevos productos de industrias mexicanas competentes.

A través de estas recomendaciones se pretende ir trazando el camino hacia la transición a un Sistema Integrado de Salud, que fortalezca a las instituciones existentes, reconozca sus innovaciones y

dé continuidad a sus procesos de cambio, transfiriendo las experiencias exitosas hacia otros ambientes; e incluyendo las nuevas herramientas, técnicas y metodologías que permitan que la reforma en salud se consolide en México y se conforme en un futuro un Sistema Único de Salud, para que estos cambios signifiquen una mejor y más larga calidad de vida para los mexicanos.

#### Bibliografía

- Banco de México, Un Comparativo Internacional de la Recaudación Tributaria, 21 mayo 2003.
- Cárdenas C, Cruz C., (1996) “Costo-efectividad de la atención médica de tercer nivel de padecimientos alérgicos en una institución de seguridad social” en *Revista de Investigación Médica y en Sistemas de Salud*, vol. 1, núm. 1, México.
- Coello Levet, C. G (2003), *Equidad en acceso a los servicios de salud en México*, Tesis Licenciatura en Economía, Instituto Tecnológico Autónomo de México, ITAM.
- “Contaminación del aire de locales cerrados en los países en desarrollo: un importante reto ambiental y de salud pública”, en Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (9), pp. 1078-92, [www.who.org](http://www.who.org), fecha de consulta: 01/06/2004.
- Comisión para la Cooperación Ambiental (2001), *Prioridades en el Reforzamiento de la Capacidad de Gestión Ambiental en México*, Junio.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2006), *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*, Trigésimo primer periodo de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Montevideo.
- Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud (2006), “Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud para el Desarrollo Económico”, CMMS, México.
- Comité Técnico para la Medición de la Pobreza (2002), *Medición de la pobreza: variantes metodológicas y estimación preliminar*, Secretaría de Desarrollo Social, (Documentos de Investigación, 1) dirección: [www.sedesol.gob.mx](http://www.sedesol.gob.mx), fecha de consulta: 17 de julio de 2003.
- Cruz C., Álvarez F., Frenk J., Knaul F., Valdez C., Ramírez R (1994), *El financiamiento de los servicios de salud y las cuentas nacionales en Salud*, FUNSALUD, México.

- Cruz C., Faba G., Martusceli J (1992), "La tecnología de la salud en México", *Salud Pública de México*, 34, México, pp. 145-56.
- Cruz C., Lozano R., Querol V (1991), "The impact of economic crisis and adjustment on health care in Mexico", en *Innocenti Occasional Papers*, pp. 1-33 (Subserie Fiscal Pol., 13).
- Cruz C., Luna G., Rivera R (2004), "Equidad social y protección financiera en salud" en *25 años de Desarrollo Social en México, Estudios Económicos y Sociopolíticos*, BANAMEX, México, pp. 100-8.
- Cruz C., Coello C., Luna G., Morales R., (2006) Hacia un sistema único de salud – Una propuesta no autorizada. México. Talleres de Programas Educativos.
- Cruz C, Luna G., Coello C., Morales R., (2006) Catastrophic expenditure in health and income elasticities by item of expenditure in Health Services in México. *Well-being and Social Policy*. Vol. 2. Num 1 First semester 2006.
- Dávila, E., Guijarro, M (2000), *Evolución y reforma del sistema de salud en México*, Proyecto Reformas a los Sistemas de Financiamiento de la Salud en América Latina y el Caribe, LC/L.1314-P Chile, CEPAL, (Financiamiento del Desarrollo, 91).
- Diario Oficial de la Federación, *Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud*, México, 15 de mayo de 2003.
- Donald, J. Robbins (1999), *Gender, Human Capital And Growth: Evidence From Six Latin American Countries*, OECD Development Center, Septiembre, (Technical Papers, 151) <http://www.oecd.org/dev/publication/tp1a.htm>
- Financiamiento y Gestión de la Educación en América Latina y el Caribe*, Versión preliminar, Documento preparado para el trigésimo periodo de sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 11 de junio de 2004.
- Guevara-Sanginés, A (2003), *Pobreza y medio ambiente en México, teoría y evaluación de una teoría pública*. México: Universidad Iberoamericana, 2003. faltan datos.
- Gwatkin D. R., Guillot M., Heuveline P (1999), *The burden of disease among the global poor*, *Lancet* 354 (9178), pp. 586-9.
- Health, Economic Growth and Poverty* (2002), Reporte del grupo de trabajo 1 de la Comisión de Macroeconomía y Salud, OMS.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx).
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2004), *Encuesta Nacional de Empleo Urbano*, [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx), fecha de consulta: 22/mayo/2004.
- Knaul, F., Arreola-Ornelas, H., Borja, C., Méndez, O (2003), "El Sistema de Protección Social en Salud de México: Efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los

- hogares” en *Caleidoscopio de la Salud*, Knaul F., Nigenda G (eds.), Fundación Mexicana para la Salud, FUNSALUD, México.
- Martinić, S 2000, *La construcción social de las reformas educativas y de salud en América Latina*, Revista del CLAD, Reforma y Democracia, Caracas, no.18. Octubre, 2000,.
- Murria, C. J. L., y Frenk, J (2000), “Encuesta nacional de evaluación del desempeño. Protección financiera”, Dirección General de Evaluación del desempeño.
- National Geographic (2006), “Agua la crisis del siglo XXI”, *National Geographic en Español*, México. Ed. de colección, No. 2, junio 15, 2006.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, OMM, PNUMA), (2003), *Cambio climático y salud humana - Riesgos y respuestas*, OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1993), “Macroeconomic Environment and Health. With case studies for countries in greatest need”, World Health Organization. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2000), *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2001), “Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development”, en *Report of the Commission on Macroeconomics and Health*, World Health Organization, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2002), *Health, Economic Growth and Poverty Reduction*, Report of Working Group I of the Commission on Macroeconomics and Health, OMS, Ginebra, Abril.
- OCDE (2003), *Panorama Educativo: Indicadores de la OCDE*, Versión 2003 (Resumen).
- Plan Nacional de Financiamiento del Desarrollo 2002-2006* (2002), Secretaría de Hacienda y Crédito Público, México.
- Rubalcava, L., Teruel, G (2004), “La importancia en México del capital humano de la madre en la salud de los hijos: un análisis multidimensional”, documento preparado para la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud, México.
- Sachs, J (2002), *Improving Health Outcomes of the Poor. Commission on Macroeconomics and Health*, Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) (2001), *Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006*, México.
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) (2003), *Medición del Desarrollo: México 2000-2002*, México.
- Secretaría de Salud (2000), *Programa Nacional de Salud 2001-2006, La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*, México.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (2001), *Programa Nacional de Política Laboral*, México.

World Health Organization (WHO) (2001), *Water for Health: Taking Charge*, Geneva.