



Universidad Nacional Autónoma de México



*Un análisis al seguro de gastos médicos y su impacto
en la economía mexicana*

Tesis

Para Obtener el Título como Licenciado en Economía

Alumno: Godínez Torres Christian Alejandro

Tutor: Morales Najjar José Isaías

Ciudad Universitaria,
Cd. Mx.

Noviembre 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Introducción

1. La importancia económica y social de la salud.
 - a. Conceptualizar económicamente el sector salud.
 - b. Beneficios a la sociedad de contar con un sector salud eficiente y profundo.
 - c. Riesgos y perjuicios económicos y sociales por la inexistencia, insuficiencia e ineficiencia del sector salud.
 - d. Características de un sector salud eficiente.
2. Condiciones del sector salud y la salud en México
 - a. Organización del sector salud
 - b. Cobertura de salud en México por estrato de edad y nivel socioeconómico.
 - c. El financiamiento del sector de salud
 - d. Diagnóstico del sector salud.
3. Participación del sector asegurador en el sistema financiero y el sector salud.
 - a. Participación de gastos médicos dentro del sector asegurador
 - b. Cobertura, características y alcances del seguro de gastos médicos mayores
 - c. Diagnóstico de la participación del sector asegurador en el sector salud.
 - d. Beneficios derivados del mejoramiento de la ampliación de seguros en el sector salud:
 - i. En la actividad económica del país
 - ii. En el sector salud.
 - iii. En el sector asegurador.
 - iv. En las personas usuarios de los servicios médicos.

Conclusiones y Recomendaciones

Bibliografía

Planteamiento del problema

Conocer a detalle la cobertura que ofrece los seguros de gastos médicos e identificar los componentes estructurales del sistema de salud mexicano del 2000-2014. ¿Cuál es el problema que existe en el sector salud en materia de cobertura a la población: es insuficiente, inexistente, ineficiente? ¿Qué tipo de cobertura se brinda a la población? ¿Cuáles son sus alcances y limitaciones? ¿Esta cobertura de que tipo es? ¿Alcanza a toda la población? ¿A cuál no? ¿Porqué? ¿A la beneficiaria, que tipo de cobertura ofrece? ¿Cuál es su costo y beneficios? ¿Cuáles sus limitaciones?

Objetivos generales

Analizar si la cobertura de gastos médicos es insuficiente, ineficiente o inexistente, de tal forma de evaluar el impacto que tiene dicha insuficiente, ineficiencia o inexistencia en la actividad económica del país, el sector médico, el sector asegurador y la población.

Realizar una investigación detallada del comportamiento del seguro de gastos médicos, así como sus principales impactos sociales, económicos y financieros dentro del sector asegurador tomando como base de análisis el periodo comprendido 2000-2014.

Objetivos particulares

Realizar un análisis de en los siguientes aspectos ámbitos social, económico y financiero que derivan del ofrecimiento o no de cobertura de gastos médicos, para lo cual se hará un corte en los siguientes aspectos:

Sociales

- Composición de la población mexicana
- Distribución del gasto de las familias
- Evolución de las enfermedades en la población mexicana

Económicos

- Distribución del gasto publico
- Cuanto representa el gasto público con respecto al PIB
- Composición del sector salud
- Cuotas de participación de la población en el sector salud

Financiero

- Composición del sistema financiero mexicano
- Composición del sector asegurador
- Participación de gastos médicos en el sector asegurador

- Frecuencia y severidad de las principales enfermedades dentro de gastos médicos

Justificación

Es importante analizar este tema debido a que las condiciones generales de salud de la población (excelentes, buenas o malas) son el resultado de la combinación de los factores: económicos, financieros y sociales, en particular el ingreso, la educación, la alimentación y el medio ambiente. Influyen también la calidad y la eficacia de la atención en salud. Indicadores sobre las condiciones de salud nos muestran cómo se encuentra realmente la salud en México, además de que nos indica cuales son las prioridades que tendrán que atenderse en los próximos años.

Hipótesis

1. La protección del sistema de salud mexicano resulta insuficiente en materia financieras y en relación cuestiones contra la protección contra riesgos de pérdidas económicas, debido a que cada vez la atención médica resulta más costosa.
2. A pesar de esta insuficiencia por parte del sistema de salud las aseguradoras no han realizado una estrategia de ampliación de la cobertura en razón al bajo nivel de ingreso de los mexicanos y el alto riesgo de enfermedades que la póliza de gastos médicos no podría cubrir los costos de cobertura médica.
3. Actualmente la cobertura de salud en México, ya sea tanto privada como pública, está estrechamente relacionada con el alto nivel de ingreso de su población dejando desprotegida a una gran mayoría de la sociedad mexicana.
4. La ampliación de las cobertura de salud podría favorecer al sistema de salud mexicano se podrá verse fortalecido con una ampliación de la demanda de sus servicios por las personas aseguradoras.

Marco metodológico

Esta investigación es de carácter cualitativa y cuantitativa, realizando comparativos de datos para diversos grupos de la población en diversos momentos del estudio. Se valdrá de información documental y estadística que existe en diversas instituciones mexicanas que ofrecen seguros al sector salud.

Los datos serán recopilados de fuentes oficiales y del ámbito público de las principales instituciones como la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), con lo cual se garantiza una información confiable y suficiente que permita a través de base de datos generar un resumen de tendencias del periodo establecido acompañado de gráficas y opiniones.

Marco teórico

¿Cuál es la importancia económica y social de disponer de coberturas que aseguren la actividad económica? ¿Cuál es la importancia que asume el sector asegurador en una sociedad? ¿Cuál es la correlación entre el desenvolvimiento de la economía y el crecimiento del sector asegurador? ¿La diversidad de la actividad económica genera también una diversidad en los productos de aseguramiento? ¿Qué ocurriría si no se cubra en forma amplia, suficiente y eficiente a la actividad económica? Lo anterior, aterrizarlo al caso del sector salud.

Desde el punto de vista social, qué importancia tiene para la sociedad que su población disponga de servicios médicos, de asistencia, culturales y que cualquier persona cuenta con un servicio de protección en el ofrecimiento de dichos servicios. Si no lo tiene, cual es el costo social, económico y político de esa inexistencia, insuficiencia e ineficiencia.

En México como en muchos otros países de ingreso medio, el perfil de la salud de la población ha cambiado en las últimas décadas. Hace medio siglo las enfermedades contagiosas y las infecciosas eran la principal causa de muerte. Hoy día ha crecido la incidencia de las enfermedades no contagiosas como las cardiovasculares y la diabetes, así como las lesiones accidentales e intencionales.

Los cambios del perfil epidemiológico del país han estado acompañados por cambios demográficos. La estructura por edad muestra una población que, aunque mayoritariamente joven, envejece paulatinamente. Esto implica el aumento de la edad mediana, de los grupos de edad media (edad productiva) y también un crecimiento acelerado de la población mayor a 65 años, así como una menor participación de la población infantil.

Ante este panorama han surgido otros riesgos, entre ellos, los cambios en los estilos de vida, que se traducen en enfermedades crónicas degenerativas y en el aumento de los riesgos asociados con la industrialización y urbanización.

La transición epidemiológica representan un gran reto para el sistema de salud y para los seguros de gastos médicos por la demanda y contra oferta de servicios debido a la coexistencia de enfermedades propias de la pobreza, que afecta sobre todo a grupos marginado, con nuevos problemas de salud relacionados con el crecimiento de las enfermedades crónicas que demandan cada vez mayor atención e intervenciones con un alto costo y por tiempos más prolongados.

Introducción

La presente investigación tiene como propósito identificar las áreas de oportunidad y aprendizaje que tendrían los seguros privados en México, para tal efecto es necesario revisar el modelo de salud mexicano el cual nos ayude a identificar aquellos factores que causan que el sistema de salud de un país determinado, logre en mayor o menor medida, las metas para la cual fue creado.

Existen tres metas que son comunes para todos los sistemas nacionales de salud:

- Mejorar y/o elevar los estándares de salud de la población.
- Ofrecer protección frente a riesgos financieros por gastos de utilización de servicios de salud.
- Obtener la aprobación pública.

Estas tres metas serían los fines últimos de los sistemas de salud, pero es importante aclarar que para poder llegar a estas metas se requiere de poner en prácticas objetivos y propósitos a corto y mediano plazo, los cuales podrían ser medios para lograr las metas que se quieren alcanzar.

De acuerdo al planteamiento de diversos autores dedicados al estudio y desarrollo de áreas relacionadas con los sistemas de salud se identifican cuatro subsistemas o mecanismos de control de un sistema de salud:

El financiamiento y su organización institucional

La organización macro en la prestación de servicios de cuidado de la salud

El sistema de pagos para consumidores y proveedores

La regulación

A continuación, en este trabajo se presentarán los resultados del estudio de investigación sobre el Sistema de Salud Mexicano y organizando los temas de acuerdo con el protocolo de investigación referida.

En el primer apartado se dedicará a la importancia económica y social de la salud, en este apartado se dará una explicación del rol tan importante que juega el tener un sistema de salud sano y profundo para la población de México, este apartado se divide en cuatro capítulos a su vez.

Como segundo apartado se presenta a detalle las condiciones del sector salud y la salud de la población mexicana.

La Importancia Económica y Social de la Salud

a. Conceptualizar económicamente el sector salud

Las condiciones generales de salud de la población son el resultado de la combinación de múltiples factores: económicos, políticos y culturales, entre los que destaca el ingreso, la educación, la alimentación y el medio ambiente. Influye también la calidad y la eficacia de la atención de salud. Indicadores sobre las condiciones de salud muestran claras evidencias sobre los rezagos; comparan la situación con otros países; señalan las prioridades a atenderse; e indican pautas para mejorar los resultados en forma más eficaz.

En México, como en muchos otros países de ingreso medio, el perfil de la salud de la población ha cambiado en las últimas décadas. Hace medio siglo las enfermedades contagiosas y las infecciosas eran la principal causa de muerte. Hoy día ha crecido la incidencia de las enfermedades no contagiosas como las cardiovasculares y la diabetes, así como las lesiones accidentales e intencionales.

Los cambios del perfil epidemiológico del país han estado acompañados por cambios demográficos. La estructura por edad muestra una población que, aunque mayoritariamente joven, envejece paulatinamente. Esto implica el aumento de la edad mediana, de los grupos de edad media (edad productiva) y también un crecimiento acelerado de la población mayor de 65 años, así como una menor participación de la población infantil. ⁽¹⁾

Ante este panorama han surgido otros riesgos epidemiológicos que reflejan el envejecimiento de la población, entre ellos están, los cambios en el estilo de vida, que se traducen en enfermedades crónico degenerativas y en el aumento en los riesgos asociados con la industrialización y urbanización. Existen, sin embargo, regiones en las que las infecciones comunes y las enfermedades de la nutrición y la reproducción son una carga inaceptable para un país de ingreso medio como México. ⁽²⁾

La transición epidemiológica representa un gran reto para el sistema de salud por la demanda y contra oferta de servicios debido a la coexistencia de enfermedades propias de la pobreza, que afecta sobre todo a los grupos marginados, con nuevos problemas de salud relacionados con el crecimiento de las enfermedades crónicas que demandan cada vez mayor atención e intervenciones con un alto costo por periodos prolongados.

Esperanza de vida

Es un indicador clásico y preciso que permite mostrar el estado de salud de una sociedad ya que refleja la situación de la mortalidad de la población, así como sus condiciones de nutrición, educación y salud en general. ⁽³⁾

La esperanza de vida al nacer se refiere al número de años que en promedio se espera viva un recién nacido, bajo el supuesto de que a lo largo de su vida estará expuesto al riesgo de muerte observado para la población en su conjunto.

En México las últimas cuatro generaciones han gozado de mejor salud que todas las anteriores. Esto se refleja en avances notables en la esperanza de vida desde la década de 1930 (gráfica1). Entre 1930 y 2014 la población ganó 40.6 años en este indicador. En 1930 la expectativa de vida era de 34.7 para las mujeres y de 33 para los hombres. Actualmente las mujeres pueden llegar a vivir casi 78 años y los hombres 72 años. ⁽⁴⁾

(1) Funsalud, 2006, p.21

(2) OACNUDH, 2004, p.92.

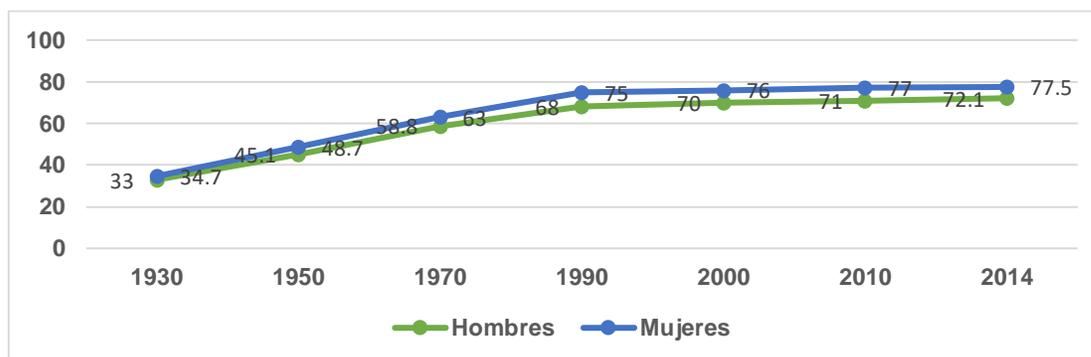
(3) Secretaría de Salud

(4) INEGI, 2012, p. 155 y Aguayo, 2007, p. 49.

En 1970 solo 586 de cada mil niños alcanzaban los 60 años; en 2005 al menos 800 de cada mil niños nacidos podrán lograrlo. ⁽⁵⁾

En este aspecto cabe destacar que en los últimos años las entidades federativas con más rezagos son las que han ganado mayor esperanza de vida.

Grafica 1 Esperanza de Vida al Nacer Por Sexo, 1930-2014



Fuente: Indicadores Sociodemograficos de Mexico (1930-2014), Esperanza de vida al Nacimiento/ Sexo. INEGI.

En nuestro país el aumento en la esperanza de vida coincide con el desarrollo del sistema de salud. Sin embargo, el avance alcanzado no solo se debe a este factor sino también a las mejoras en las condiciones de nutrición, higiene, vivienda y drenaje, así como a los logros de la medicina como los antibióticos y las vacunas. Otras ventajas recientes tienen que ver con el control de factores de riesgo y con avances médicos. ⁽⁶⁾

Si se compara con otras regiones México se ubica en un nivel intermedio en el contexto latinoamericano en donde Costa Rica, Chile y Cuba presentan las cifras más altas con 78.8, 78.6 y 78.6 respectivamente. ⁽⁷⁾ En relación con los países de la OCDE ocupa el segmento más bajo e inferior a muchos países con desarrollo similar. La población mexicana al nacer tiene una esperanza de vida inferior de entre 3.5 y 2.6 años al promedio respectivo de la OCDE para hombres y mujeres y cerca de siete años menos que el país de la organización con mejor desempeño (Japón para las mujeres e Islandia para los hombres). Cabe señalar que la diferencia es por la mortalidad prematura ya que la expectativa de vida a los 65 años de edad es solo un año menor que el promedio de la OCDE. ⁽⁸⁾

⁽⁵⁾ Secretaría de Salud, 2006, p. 15.

⁽⁶⁾ Secretaría de Salud, 2012, p. 26.

⁽⁷⁾ *Idem*

⁽⁸⁾ OCDE, 2005, p. 89.

No obstante, lo anterior, un objetivo prioritario de México es superar las diferencias internas que alcanzan 2.5 años entre los estados con mayor esperanza de vida (Baja California, Ciudad de México y Nuevo León, entre otros) y los que están en el extremo más bajo (Chiapas, Oaxaca y Guerrero). Los indicadores más desalentadores de esperanza de vida lo tienen los grupos indígenas del país que no superan los 69 años. En este aspecto, cabe señalar que las entidades con mayor diferencia entre hombres y mujeres son las mismas que tienen menor esperanza de vida.⁽⁹⁾

Las prioridades del sistema de salud deberán dirigirse a reducir la brecha entre estados de la federación, entre hombres y mujeres y garantizar que la esperanza de vida se disfrute con buena salud. En 2004 la esperanza de vida saludable de la población mexicana se estima en 69.4 años para las mujeres y 65.8 para los hombres.

Mortalidad

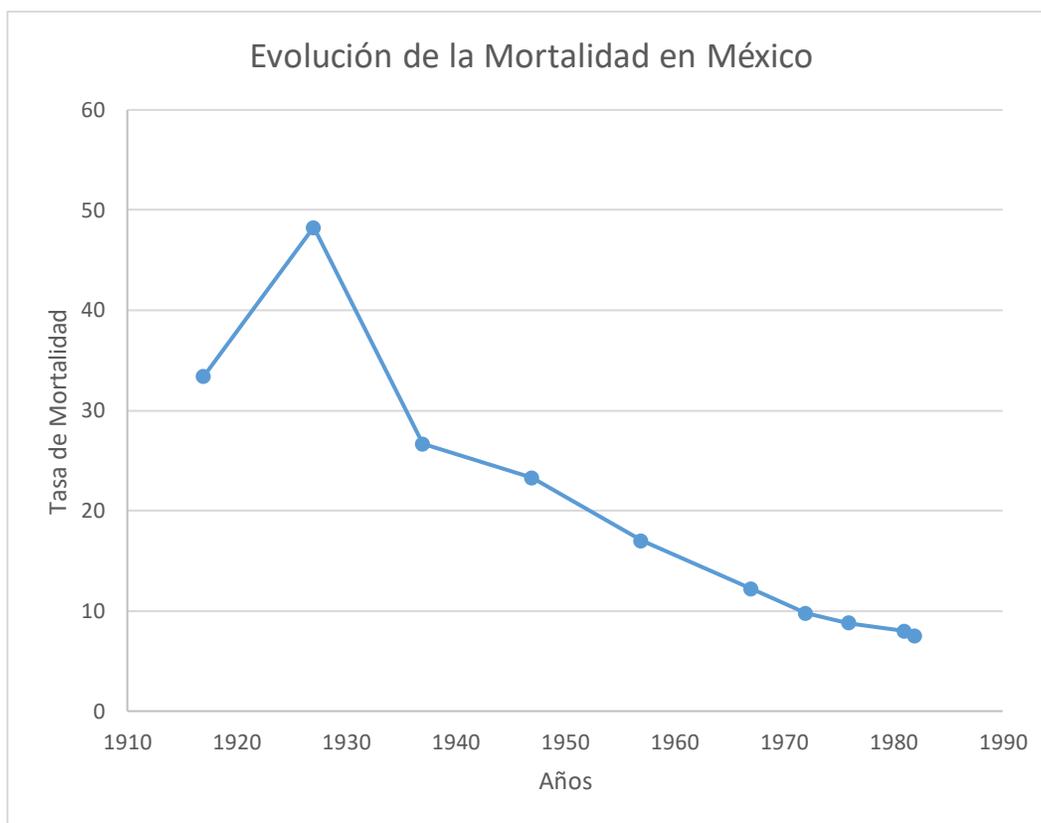
La tasa bruta de mortalidad resulta de la relación entre las defunciones ocurridas en un año y la población media durante ese mismo periodo. En México la transición epidemiológica es causa y efecto de los cambios en las causas, frecuencia y riesgos de morir. En las últimas décadas la principal característica de la mortalidad en su descenso constante (grafica 2). Entre 1930 y 2005 la tasa de mortalidad se redujo de 27 a 5 por cada mil habitantes respectivamente.⁽¹⁰⁾

Una característica relevante de la evolución de la mortalidad en nuestro país ha sido el cambio de distribución por edades. Hace 70 años una de cada dos defunciones ocurría antes de los 5 años de edad. Actualmente solo una de cada 13 se da en ese mismo grupo. La baja en los índices de mortalidad, combinada con una alta fecundidad, aumento la población de entre 5 y 30 años de edad, que es el grupo menos afectado por la mortalidad. Por esta razón México tiene una de las tasas de mortalidad general más bajas del mundo, sin embargo, conforme envejezca la población este indicador subirá nuevamente.

⁽⁹⁾ OPS, 2002, p.3.

⁽¹⁰⁾ INEGI, 2012, p. 65 y Aguayo, 2007, p. 49.

Grafica 2 Evolución de la Mortalidad en México



Fuente: SSA Programa Interinstitucional de Planificación familiar 1983-1988, México, 1983.

Al cambiar las edades de muerte, cambian también las causas. Las muertes ocasionadas por enfermedades contagiosas y las derivadas de problemas prenatales, nutricionales y reproductivas ya no son la principal causa de muerte, su lugar fue ocupado por padecimientos crónicos y degenerativos. ⁽¹¹⁾

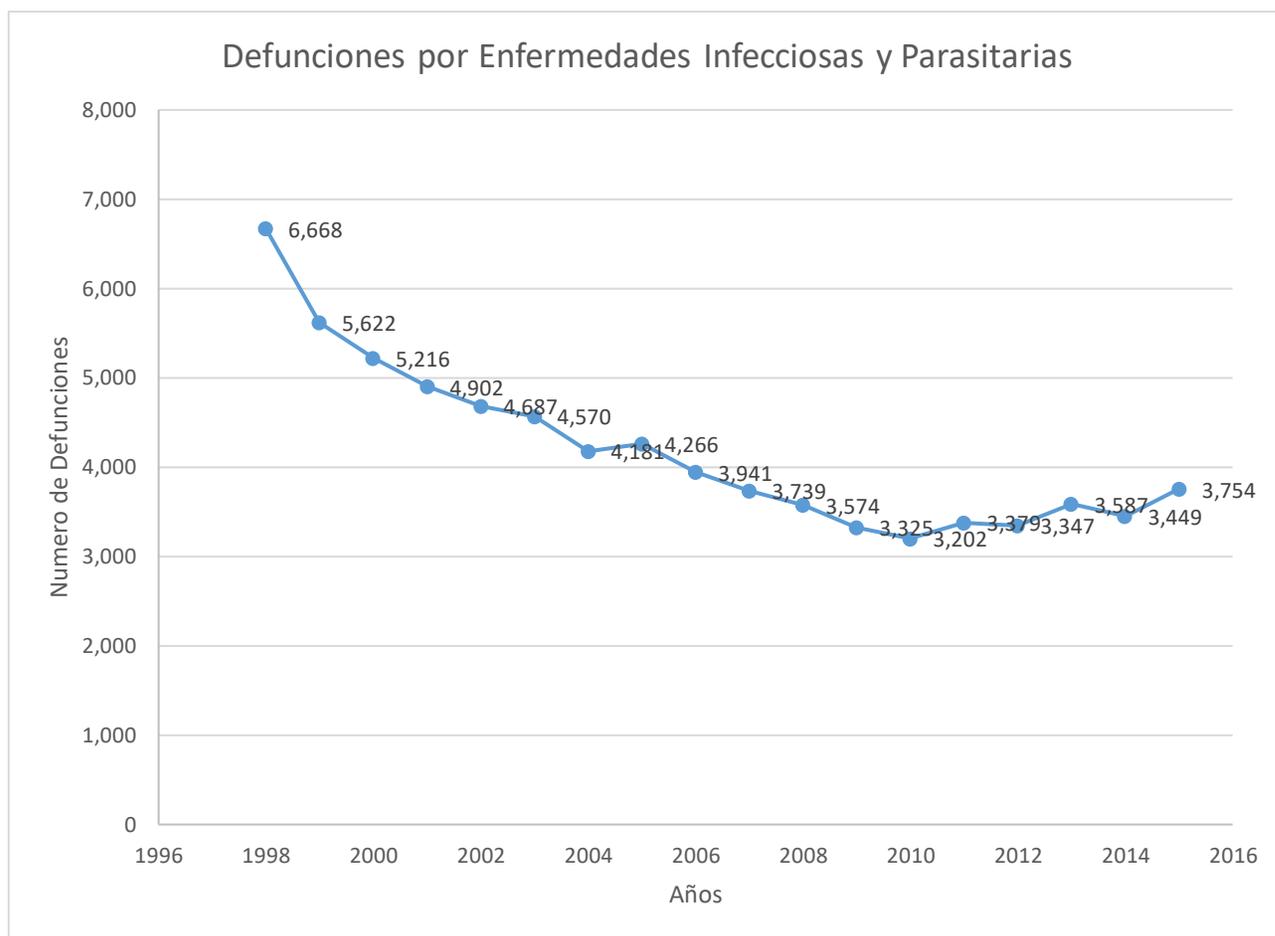
En 1940 las enfermedades de origen infecto-contagioso causaban 60% de las muertes mientras que las no transmisibles representaban 7%.⁽¹²⁾ Para el 2005 el panorama es totalmente diferente: 79.3% de los decesos son por enfermedades no transmisibles mientras que el 11.6% son causadas por enfermedades transmisibles, perinatales, maternas y desnutrición, el 9.1% restante es por lesiones. En la actualidad la diabetes es la principal causa de muerte con 13.6% de las defunciones seguidas por las enfermedades isquémicas del corazón con 10.8%. ⁽¹³⁾ (Grafica 3).

(11) Funsalud, 2006, p.21.

(12) Frenk, 1999, p.51.

(13) Aguayo, 2007, p. 50.

Grafica 3 Defunciones por Enfermedades Infecciosas y Parasitarias



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Defunciones Según la Causa de Muerte.

Hay que destacar que los cambios en la mortalidad no se han dado al mismo ritmo y durante el mismo periodo en todo el país. La baja en la mortalidad se observó primero en las entidades económicamente más favorecidas y posteriormente se fueron incorporando el resto de los estados. ⁽¹⁴⁾

Asimismo, aunque en México se nota un cambio hacia modelos de países más desarrollados, la estructura de su mortalidad es diferente. Las muertes por enfermedades infantiles infecciosas, por deficiencia endocrina, nutricionales y metabólicas así como por causas externas (suicidios accidentes) son elevadas en comparación con otros países de la OCDE. ⁽¹⁵⁾

(14) INEGI, 2012, p.63.

(15) OCDE, 2005, p.89.

Es claro que la mortalidad en México varía de acuerdo al ciclo de vida de la población y según las causas. A continuación, se incluye breves descripciones sobre algunas causas de mortalidad.

Mortalidad por enfermedades no transmisibles

Un elemento a considerar en el combate a la mortalidad son los llamados riesgos en competencia, esto significa que cuando se avanza en combatir una enfermedad específica otra enfermedad viene a ocupar o reemplazar un riesgo emergente. En México por ejemplo cuando se reducen los fallecimientos por enfermedades infecciosas y contagiosas se dio un aumento de las enfermedades no transmisibles.

(16)

En la actualidad las enfermedades no transmisibles representan casi el 80% de las defunciones, las principales causas de muerte de las enfermedades no transmisibles ocasionan, en promedio, una pérdida de 19.5 años potenciales de vida, sin embargo, se considera que 34.2% de las muertes por estas causas se pueden evitar con tratamientos médicos adecuados y con medidas de prevención. (17) La adopción de hábitos poco saludables como el sedentarismo, el tabaquismo, la mala nutrición y el alto consumo de alcohol, entre otros modifican de manera contundente los factores de riesgo que provocan la muerte.

Entre las enfermedades no transmisibles que determinan el perfil de la salud de la población mexicana sobresalen la diabetes mellitus, las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores malignos.

Diabetes

La diabetes es una enfermedad metabólica que se caracteriza por la incapacidad para controlar los niveles de glucosa en la sangre. Este padecimiento se ha convertido en el mayor reto que enfrenta el sistema de salud mexicano. Actualmente es la primera causa de mortalidad y durante los últimos años ha crecido a un ritmo descontrolado de 3% anual. (18)

Datos de la encuesta nacional de salud y nutrición muestra que 9% de hombres y mujeres adultos son diabéticos y que 28 de cada 100 ignoran que tienen este padecimiento. Entre la población de 50 y 70 años la prevalencia alcanza 20% lo que representa más de 2.4 millones tan solo en este grupo. (19)

(16) Secretaría de Salud, 2012, p. 13.

(17) Sistema Nacional de Información en Salud, 2007.

(18) Aguayo, 2007, p. 50 y Secretaría de Salud, 2012, p.7.

Las mujeres tienen un riesgo 13% más alto de morir por esta causa, aunque los hombres diabéticos mueren más jóvenes: 67 contra 70 años. Solo 20% de los hombres que padecen diabetes vive más de 75 años contra 26% de las mujeres. ⁽¹⁹⁾

Los principales riesgos de la población con diabetes son la ausencia de un diagnóstico oportuno y no seguir los principios terapéuticos básicos. Carecer de un diagnóstico es particularmente grave en adultos jóvenes ya que 43% de los diabéticos menores a 40 años no saben de su enfermedad. Si se considera las cifras anteriores, no sorprende que prácticamente en todos los estados de la república se registre un aumento en la mortalidad por diabetes. Si al contexto anterior le sumamos el problema de sobrepeso, que aqueja a más del 70% de la población mexicana esto nos lleva a que el futuro no sea nada alentador. ⁽²⁰⁾

Si se considera las cifras anteriores, no sorprende que prácticamente en todos los estados de la república se registre un aumento en la mortalidad por diabetes. Si al contexto anterior le sumamos el problema de sobrepeso, que aqueja a más de 69% de la población mexicana, el futuro no es prometedor.

Enfermedades del aparato circulatorio

Esta categoría incluye las enfermedades isquémicas del corazón, las cerebrovasculares y las hipertensivas, todas ellas directamente asociadas con la inactividad física, con el tabaquismo, la obesidad, el alto colesterol y la hipertensión arterial. En las últimas décadas las defunciones por estas enfermedades han aumentado significativamente representando actualmente cerca del 19.4% del total mientras que en 1950 solo causaban 6.2% de las muertes. ⁽²¹⁾

La isquemia cardiaca se caracteriza por la disminución del aporte del oxígeno al corazón debido a la obstrucción de las arterias coronarias. La isquemia grave y prolongada provoca infartos al miocardio y la muerte. ⁽²²⁾ En México una de cada 9 defunciones es por afecciones isquémicas del corazón y es la segunda causa de muerte por debajo de la diabetes.

La isquemia cardiaca se caracteriza por la disminución del aporte de oxígeno al corazón debido a la obstrucción de las arterias coronarias. La isquemia grave y prolongada provoca infartos al miocardio y la muerte ⁽²³⁾.

⁽¹⁹⁾ Secretaría de Salud, 2012, p. 44.

⁽²⁰⁾ *Idem*

⁽²¹⁾ Aguayo, 2007, p.50.

⁽²²⁾ Secretaría de Salud, 2012, p. 38.

⁽²³⁾ Secretaría de Salud, 2012, p. 40.

Pese a que las tasas se han mantenido estables en los últimos diez años, el número de muertes asociado a estas enfermedades casi se ha duplicado hasta alcanzar 53 mil muertes por año, más de 80% ocurren en mayores de 60 años. ⁽²⁴⁾ Se calcula que 48% de los decesos son evitables si son oportunamente diagnosticados y tratados. En promedio se pierden 14.4 años potenciales de vida a consecuencia de isquemias cardíacas. ⁽²⁵⁾

En México las enfermedades cerebrovasculares son la cuarta causa de muerte, más de 70% ocurre en personas mayores de 60 años. ⁽²⁶⁾ Aunque la mortalidad por esta causa ha descendido a partir de 1998 en casi el 20% de los afectados padecen, en mayor o menor medida, largos periodos de secuelas discapacitantes sobre todo entre la población mayor a 60 años. Aunque la mortalidad por esta causa ha descendido a partir de 1998 en casi 20% los afectados padecen, en mayor o menor medida, largos periodos de secuelas discapacitantes sobre todo entre la población mayor de 60 años. ⁽²⁷⁾

Tumores malignos

La incidencia de tumores creció de manera significativa a medida que disminuyó la probabilidad de muerte en edades tempranas y cuando creció el grupo de la población que alcanzaba edades avanzadas. Aunque son enfermedades que cuentan con una alta carga genética se considera que los cambios en los estilos de vida y el aumento del tabaquismo están profundamente relacionados con su desarrollo.

En México se calcula que al año cerca de 66 mil personas mueren por tumores malignos. En los hombres las tres principales causas de muerte corresponden al cáncer pulmonar, de próstatas y de estómago en las mujeres el cáncer cervicouterino, de mama e hígado. ⁽²⁸⁾ Se calcula que esta causa de muerte representa un promedio de 18.8 años potenciales de vida perdidos. ⁽²⁹⁾

Los casos de cáncer pulmonar se distinguen porque más de 80% está asociado al tabaquismo y es la principal causa de muerte por cáncer con 7 mil decesos al año. ⁽³⁰⁾

⁽²⁴⁾ *Idem*

⁽²⁵⁾ Secretaría de Salud, 2006.

⁽²⁶⁾ Secretaría de Salud, 2007, p. 31.

⁽²⁷⁾ Secretaría de Salud, 2005, p. 40.

⁽²⁸⁾ INEGI, 2007.

⁽²⁹⁾ Secretaría de Salud, 2006.

⁽³⁰⁾ Secretaría de salud, 2006, p. 44.

El cáncer cervicouterino es un claro ejemplo de las llamadas enfermedades de rezago epidemiológico que se concentra en los estratos de la sociedad más desfavorables. ⁽³¹⁾ Es la principal causas de muerte entre las mujeres en edad productiva y ocasiona alrededor de 4,500 muertes al año. El 81% de estas muertes se consideran evitables ya que solo 60% de las mexicanas entre 18 y 69 años se sometieron al examen de papanicolau en los últimos tres años. Cabe señalar que a partir de 1998 la mortalidad por este tipo de cáncer se ha reducido casi 5% por año, sin embargo, los índices continúan siendo altos. La tasa es dos veces más alta que la de otros países de Latinoamérica como Uruguay y Argentina y hasta 50% más que la de Chile y Cuba. ⁽³²⁾

El cáncer de mama es la segunda causa de muerte en las mujeres y prácticamente ha igualado al cervico-uterino. Entre los factores que inciden en el aumento de este padecimiento destacan el retraso de la maternidad, la reducción de la paridad y lactancia. Aunque la tasa se mantiene estable desde 1998, con un ritmo de crecimiento menor al 1% anual, el número de muertes por este cáncer ha crecido 27% entre 1998 y 2005. ⁽³³⁾

Pese a lo anterior, y a diferencia de lo que sucede con el cáncer cervicouterino, México tiene una posición favorable con países de desarrollo similar y con cifras de apenas la mitad de las de Argentina y Uruguay. Aun así el control de la mortalidad por este tipo de cáncer exige mejores prácticas de diagnóstico y tratamiento. Se calcula que 83% de las muertes era evitable con un adecuado diagnóstico. Desafortunadamente solo 20% de las mujeres se practica anualmente un estudio de mastografía. ⁽³⁴⁾

Enfermedades transmisibles

Las mejoras en las condiciones de vida y los esfuerzos realizados por el sistema de salud, principalmente con las campañas de vacunación, fueron factores decisivos que disminuyen la mortalidad por infecciones comunes en edades tempranas. En México durante el siglo XX se logró la erradicación de la poliomelitis y la viruela, se controló la rubeola y disminuyeron los casos de tuberculosis y paludismo. En 1940 las muertes por enfermedades trasmisibles representaban 65% de las defunciones, para 2005 representan 11.6 %. ⁽³⁵⁾

⁽³¹⁾ Secretaría de Salud, 2012, p. 34.

⁽³²⁾ *Idem*

⁽³³⁾ Secretaría de Salud, 2012, p. 38.

⁽³⁴⁾ *Idem*

⁽³⁵⁾ Secretaría de Salud, 2012, p. 46.

No obstante, estos avances, en nuestro país existen regiones en donde los padecimientos infecciosos y parasitarios son una constante. Esto refleja los distintos niveles de cobertura y la calidad de los servicios de salud, el patrón de distribución del desarrollo económico y social, el grado de participación de la sociedad en el cuidado y atención a la salud, y muestra además los malos hábitos alimenticios de la población.

Por otra parte, si bien la reducción de las enfermedades transmisibles representa avances, a la par surgen nuevos retos. Los nichos que ocupaban las enfermedades infecciosas y parasitarias son ocupados por riesgos emergentes especialmente por enfermedades no transmisibles de la edad adulta que son más difíciles de controlar y que requieren de tratamientos más largos y costosos. También han surgido nuevas amenazas de tipo contagioso diferentes a las infecciones comunes, tal es el caso del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Una enfermedad transmisible que se cierne como una amenaza global es la pandemia de influenza que se estima podría afectar hasta 50% de la población con altas tasas de letalidad. Las repercusiones epidemiológicas y sociales de un evento de esta naturaleza obligan a elaborar planes nacionales de contingencia que permiten mitigar su ocurrencia, que expertos internacionales consideren inminente.

Mortalidad por lesiones

La transición epidemiológica, caracterizada por la disminución de los decesos por enfermedades infecciosas en las primeras etapas de la vida, está asociada a un mayor número de lesiones letales (accidentes o intencionales). En 1940 representaban menos de 5% de las causas de muerte, en 1980 alcanzaron 15.5%. Actualmente representan alrededor del 10% y provocan más de 40 mil decesos al año. De cada 10 muertes por lesiones 8 corresponden a hombres. ⁽³⁶⁾

Este tipo de lesiones en 1940 representaba menos de 5% de las causas de muerte, en 1980 alcanzó 15.5% actualmente representan alrededor del 10% y provocan más de 40 mil decesos al año. De cada 10 muertos por lesión 8 corresponden a hombres.

La muerte por lesiones refleja un grave problema de salud pública debido a que está estrechamente relacionado con factores externos como la inseguridad y la impunidad. Para reducir su incidencia se requiere acciones coordinadas de diferentes áreas gubernamentales, así como de cambios conductuales, de capacitación y equipamiento de las unidades de emergencia, de mayor atención a la salud mental y sobre todo de estrategias de prevención. ⁽³⁷⁾

⁽³⁶⁾ INEGI, 2012, P.158.

⁽³⁷⁾ Secretaría de Salud, 2012, p. 52.

Las medidas de prevención son un elemento clave para reducir las muertes por lesiones de personas en edad productiva por lo que a la pérdida de vidas humanas se deben sumar los costos económicos. Entre estas causas de muerte destacan los accidentes de tránsito, los homicidios y los suicidios.

En México cada año se registran más de 450 mil accidentes de tránsito. ⁽³⁸⁾ En 2005 se tradujo en 15,745 defunciones. Más de la mitad de las muertes ocurrieron en personas menores a 40 años. La gran mayoría de ellos hombres. Como consecuencia casi 300 mil personas sufren daños a su salud, muchas veces altamente discapacitantes. Cifras recientes muestran que la mortalidad por accidentes creció entre 1998 y 2005 en poco más del 1% para hombres y casi 6% para mujeres.

Datos importantes en México destacan que por cada muerte ocurrida en accidente vehicular hay 15 personas con lesiones (el estándar internacional es de 50 lesionados) lo que refleja una alta letalidad en los accidentes. ⁽³⁹⁾ Cabe señalar que estas pueden evitarse con medidas de prevención. Casi la mitad de los decesos están relacionados con el consumo del alcohol, el exceso de velocidad y la no utilización del cinturón de seguridad. También influye el mal estado de las carreteras y la falta de señalización y el aumento del parque vehicular.

En cuanto a la incidencia de homicidios se deben tomar en consideración aspectos vinculados con la seguridad pública y la delincuencia. Pero cabe aclarar que una gran cantidad de las muertes por violencia ocurre en hogares y en los círculos más cercanos a las víctimas y que muchas veces se asocian con problemas de salud mental, consumo de alcohol y drogas y violencia familiar. ⁽⁴⁰⁾

Entre los problemas emergentes de salud pública destacan las muertes por suicidio cuya incidencia se ha duplicado desde 1990. En el caso de los hombres la tasa ha subido 67% mientras que en las mujeres 95%. El alto índice en las mujeres se debe a que cada vez utilizan instrumentos más letales como armas de fuego y ahorcamientos y que cada vez recurren menos al uso de sustancias tóxicas.

Para reducir el número de suicidios se hace necesario redoblar la atención de los problemas psiquiátricos y realizar diagnósticos oportunos, pero al mismo tiempo se deben atender otros factores que inciden negativamente en la salud mental como el desempleo, la desintegración y violencia familiar así como el consumo de drogas y alcohol.

(38) *Idem*

(39) Secretaría de Salud, 2012, p. 48.

(40) Secretaría de Salud, 2012, p. 50.

Grafica 4 Mortalidad por Lesiones



Fuente: Organización Mundial de la Salud

Mortalidad infantil

Los avances en los índices de esperanza de vida se deben a los cambios en el patrón epidemiológico de la mortalidad infantil. Actualmente la probabilidad de morir en el primer año de vida es seis veces más baja que la que había en 1950, Incluso a pesar, de que el fenómeno de “rendimiento decreciente” ha provocado que el descenso de la mortalidad infantil se da a un ritmo más lento que el que había en la década de los ochenta, la tasa se redujo de manera significativa en los últimos quince años. ⁽⁴¹⁾

La probabilidad de morir en el primer año de vida es 50% más baja que la que había en 1990 y 30% más baja de la que había en 1995.

Los avances para disminuir la mortalidad infantil se deben a las mejoras sanitarias, a la amplia cobertura de vacunación y a las posibilidades de acceso a una atención médica en la etapa prenatal y del parto. Actualmente las muertes por infecciones comunes representan 10% de los decesos, sin embargo, las afecciones perinatales o malformaciones congénitas representan hoy día más de 70% de los decesos infantiles. ⁽⁴²⁾

Ahora bien, aunque el descenso de la mortalidad ha sido uno de los grandes logros del sistema de salud, es necesario reconocer que la tasa de mortalidad infantil es la segunda más alta de los países de la OCDE y si se compara con los más desarrollados es hasta cuatro veces más alta.

⁽⁴¹⁾ Secretaría de Salud, 2012, p. 27.

⁽⁴²⁾ Secretaría de Salud, 2006, p. 32.

El ritmo de la mortalidad es desigual al interior de nuestro país en donde la tasa oscila en un factor de casi 2 entre estados. El riesgo de morir antes de cumplir un año de vida es 80% más alto en Chiapas, Oaxaca y Guerrero, que en la Ciudad de México o Nuevo León. ⁽⁴³⁾ Un caso de constante marginación es Chiapas donde las diarreas, las infecciones respiratorias y la desnutrición siguen causando 25% de los decesos.

Un gran logro será conservar el ritmo en el descenso de la mortalidad infantil y al mismo tiempo cerrar la brecha entre las zonas pobres y las de mayor desarrollo del país. Esto se logrará con el diseño de nuevas estrategias, con la extensión de los beneficios de la salud a los sectores más marginados y al dar más atención a problemas rezagados como la conducta reproductiva y su rol en la mortalidad infantil. Hoy día se sabe que la edad de la madre, la educación el número de hijos y el intervalo entre partos son factores que inciden en la mortalidad infantil. ⁽⁴⁴⁾

Mortalidad materna

La mortalidad materna es un indicador del desarrollo social y sanitario de un país ya que está estrechamente ligado con la cobertura o el acceso a los servicios de salud. Se refiere al fallecimiento de mujeres por complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

En México la mortalidad materna es de 6 defunciones por cada 10 mil nacimientos. Si se compara con otros países de la OCDE es una tasa 9 veces mayor.⁽⁴⁵⁾ Se estima que en 2005 murieron 1,280 mujeres. Las principales causas de fallecimiento fueron los trastornos hipertensivos asociados al embarazo, parto y puerperio (25.3%), hemorragias del embarazo, parto y postparto (23.7%) y causas obstétricas indirectas (17.5%). ⁽⁴⁶⁾

⁽⁴³⁾ Secretaría de Salud, 2012, p. 32.

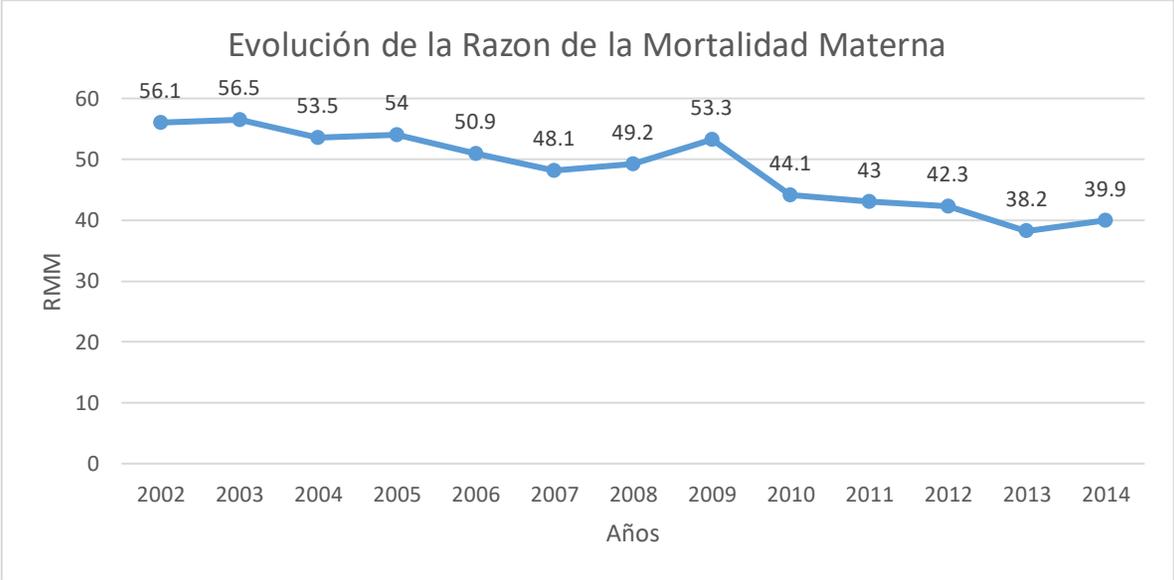
⁽⁴⁴⁾ *Idem*

⁽⁴⁵⁾ OCDE, 2005, p. 90.

⁽⁴⁶⁾ INEGI, 2012, p. 102.

En el ámbito nacional la mortalidad materna tiene altibajos. En las áreas marginadas hay más probabilidades de morir por complicaciones relacionadas con la maternidad. El caso de Guerrero es significativo ya que registra más del doble de muertes que el promedio nacional y cinco veces el de Nuevo León. Otro aspecto a considerar son las causas de muerte que en las zonas rurales son provocadas por hipertensión y hemorragias, mientras que en las urbanas la mayoría de los casos son ocasionados por causas indirectas asociadas con el embarazo. Un factor de riesgo adicional son los embarazos de adolescentes que representa 13% de las muertes maternas y cuya tasa ha crecido ligeramente en los últimos años.

Grafica 5 Evolución de la Razón de la Mortalidad Materna



Observatorio de Mortalidad Materna en México (RMM) 2002-2014 http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/INDICADORES_2014_Web.pdf.

RMM: Es el número de defunciones maternas por cada mil habitantes

Morbilidad

La morbilidad se refiere a las enfermedades o problemas de salud reportados. Se calcula que anualmente alrededor de 10% de la población presenta algún problema de salud por enfermedad, molestia o accidente.

En los primeros 10 años de vida los hombres padecen más enfermedades que las mujeres, sin embargo, a partir de esta edad la relación se invierte (lo que demuestra que si bien las mujeres tienen una mayor esperanza de vida ello no significa mayor calidad ya que padecen un mayor número de enfermedades crónicas). Conforme se avanza en el ciclo de vida, particularmente a partir de los 40 años, la incidencia

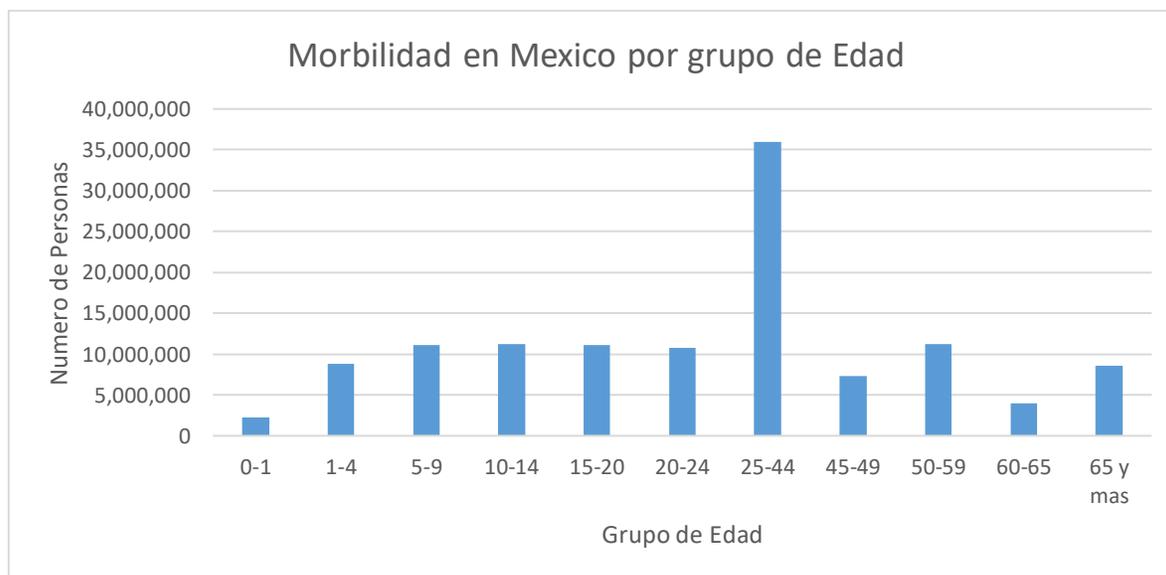
de enfermedades crece de forma constante tanto en hombres como en mujeres y alcanza su máximo en la senectud.

En México el Sistema de Vigilancia Epidemiológica es el organismo encargado de dar seguimiento a nuevas enfermedades que se pueden convertir en amenazas a la salud pública. Con la vacunación se redujeron considerablemente los casos de tos ferina, tuberculosis, poliomelitis, difteria, sarampión, rubeola, y parotiditis. La mortalidad por infecciones se ha reducido de manera notoria en las últimas décadas pero son las infecciones respiratorias y las intestinales las que continúan en la lista de las principales causas de morbilidad. En 2006 se registraron más de 23 millones de casos de enfermedades respiratorias y 5 millones de infecciones intestinales. ⁽⁴⁷⁾

Las enfermedades no transmisibles como la diabetes, las cardiopatías, isquémicas, la hipertensión arterial y los tumores malignos causan graves daños a la salud y requieren de atención hospitalaria.

La morbilidad hospitalaria es un indicador que arroja cifras sobre las enfermedades y problemas de salud más atendidos en los hospitales del sector. Aunque un alto número de egresos hospitalarios son de atención de partos, si se analizan las cifras, sin contar los eventos relacionados con la reproducción, las principales causas de atención hospitalaria son los traumatismos y envenenamientos, las enfermedades del sistema circulatorio y las enfermedades del sistema urinario. ⁽⁴⁸⁾

Grafica 6 Morbilidad en México por Grupo de Edad



Fuente: INEGI <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/registros/vitales/mortalidad/>,

(47) Secretaría de Salud, 2012.

(48) INEGI, 2012, p. 112.

Morbilidad por enfermedades no transmisibles

La transición epidemiológica significa una doble carga para el sistema de salud ya que además de atender las enfermedades de rezago tiene que lidiar con el rápido crecimiento de enfermedades crónicas de la edad adulta que implican graves daños a la salud y un alto costo en tratamiento y atención.

La diabetes mellitus es un claro ejemplo de estos nuevos retos pues ha registrado un dramático aumento en los últimos años (la tasa de crecimiento fue de 3.1% anual para el periodo de 2001-2005). Se calcula que afecta a 9.2% de la población adulta y a 19.2% de la población de 60 a 69 años. Un obstáculo para su prevención y tratamiento es que 30% desconoce estar afectado por la enfermedad. ⁽⁴⁹⁾

El sistema de salud se ve rebasado constantemente porque los costos para la atención de la diabetes son muy altos y es cuantioso el número de enfermos que requiere hospitalización (2.9% de los egresos). ⁽⁵⁰⁾ A lo anterior deben sumarse los costos indirectos de esta enfermedad que incide de manera negativa en la productividad laboral y que deja secuelas muy graves. Se estima que de cada 100 diabéticos 39 desarrollan algún tipo de discapacidad como insuficiencia renal y ceguera.

Las enfermedades cardiovasculares representan otro grave problema de salud por sus altos costos e implican 4% de los casos de hospitalización. En México la hipertensión arterial afecta a 30.8% de la población adulta (los estados del sur tienen menor porcentaje en comparación con los del centro y del noroeste). Más de 50% de los hombres a partir de los 60 años padece hipertensión mientras que en las mujeres mayores de 60 alcanza 60%. De la población adulta cerca de 9% tiene colesterol alto. ⁽⁵¹⁾ los cambios en la dieta y en el estilo de vida han provocado un rápido crecimiento del número de personas con obesidad que agrava de manera definitiva este mal.

Los tumores malignos se suman a la lista de temas pendientes del sistema de salud. En 2010 se detectaron más 61 mil casos de cáncer que representan 3% de los casos de hospitalización. La morbilidad hospitalaria por tumores en mujeres fue 36% debido a cáncer de mama, 28% a cuello del útero, 18% a leucemia y 5 % a tráquea y pulmón. En los hombres el mayor porcentaje correspondió a la leucemia, 49.7%, seguida por los tumores del aparato respiratorio, 19.6% y los de estómago, 12.8%. ⁽⁵²⁾

⁽⁴⁹⁾ Aguayo, 2007, p. 51.

⁽⁵⁰⁾ INEGI, 2012, p. 112.

⁽⁵¹⁾ Secretaría de Salud, 2012.

⁽⁵²⁾ INEGI, 2012, p. 116.

Morbilidad por enfermedades transmisibles

En México a pesar de los avances logrados para abatir la mortalidad, las enfermedades infecciosas destacan como causa principal en la demanda de atención médica. Se estima que anualmente se registran más de 22 millones de casos de infecciones respiratorias, 5.5 de infecciones intestinales y 3 de infecciones de vías urinarias. Los niños son, en particular, los principales afectados por estas enfermedades. ⁽⁵³⁾

Morbilidad por lesiones

Los accidentes son otro grave problema de salud en México. Estos eventos implican, cuando no son mortales, la pérdida de actividades cotidianas durante la hospitalización y convalecencia además de las secuelas, en ocasiones incapacitantes de por vida, que requieren de tratamientos prolongados y costosos.

Poco más de 7% de la morbilidad hospitalaria es por traumatismo y envenenamientos. Se considera la segunda causa de egresos hospitalarios después de las relaciones con el embarazo y el parto. Las fracturas son a su vez la sexta causa de tratamiento médico en hospitales. ⁽⁵⁴⁾

Riesgos emergentes

Como se ha mencionado en páginas anteriores, la transición epidemiológica está enfrentando al sistema mexicano de salud a retos y cargas inéditas. Algunos de estos desafíos han adquirido gran relevancia en un periodo tan corto como la última década (particularmente aquellos relacionados con la adopción de conductas saludables).

Sobrepeso y obesidad

Las cifras de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición confirmaron el creciente factor de riesgo al que se enfrenta la población y el sistema mexicano de salud: el sobrepeso y su expresión extrema, la obesidad. La encuesta muestra que 39% de la población adulta tiene sobrepeso y otro 30% obesidad. Esto refleja un aumento de 7% desde la década del 2000 y se espera seguirá creciendo. ⁽⁵⁵⁾

El sobrepeso influye negativamente en algunas de las principales causas de muerte como la diabetes, las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares, varios tipos de cáncer y enfermedades de la vesícula biliar.

⁽⁵³⁾ INEGI, 2012.

⁽⁵⁴⁾ INEGI, 2012, p. 112.

⁽⁵⁵⁾ Secretaría de Salud, 2012, pp. 65-66.

Adicciones

Los avances en la reducción de riesgos a la salud de la población se ven opacados por los efectos provocados por conductas poco saludables como el consumo de alcohol, tabaco y drogas.

En México el consumo de alcohol ha aumentado considerablemente. El abuso del alcohol se ha convertido en el principal riesgo de muerte prematura y de discapacidad en hombres. Se estima que 11% de las muertes de hombres está relacionado con el consumo de alcohol en el caso de las mujeres la cifra es mucho más baja. ⁽⁵⁶⁾

El consumo de alcohol implica un alto costo económico y social ya que no solo es una causa de muerte sino que también provoca enfermedades o lesiones. La intoxicación etílica, e incluso el consumo moderado, provocan caídas, ahogamientos y accidentes vehiculares aumentan además el riesgo de involucrarse en actos violentos.

El consumo de tabaco es uno de los factores de riesgo a la salud más claramente asociado al cáncer y al enfisema pulmonar, así como a las enfermedades del aparato circulatorio. Pese relación entre fumar y estos padecimientos, la cifra de fumadores mantiene niveles altos.

Se estima que en México hay cerca de 18 millones de fumadores por lo que 36.1% de la población está en riesgo como fumador pasivo. La mayor parte de los fumadores son adultos jóvenes y el promedio de cigarrillos diarios es de 5.6 lo que se considera como consumo moderado. ⁽⁵⁷⁾

Finalmente el consumo de drogas ilícitas es otro problema creciente que ha recibido una atención inadecuada. Las cifras de 2010 muestran que casi 3.5 millones de personas han consumido drogas ilegales alguna vez en su vida y que 900 mil lo hicieron en el último año.

⁽⁵⁶⁾ Secretaría de Salud, 2012, p. 156.

⁽⁵⁷⁾ Aguayo, 2007, p. 51.

b. Beneficios a la sociedad de contar con un Sistema de Salud Eficiente y Profundo

Es importante considerar que para poder tener una sociedad sana en cuestiones de salud se requiere de un sistema de salud que sea eficaz y pueda satisfacer las demandas que la población así lo requiera, a través de las políticas de salud que el estado tienda a implementar en función de los cambios de hábitos y de ritmo de vida que transcurre a lo largo del tiempo.

Para poder determinar los beneficios que una sociedad tendría con un Sistema de Salud que funcione adecuadamente y sea profundo se verá reflejado primeramente en el incremento de la esperanza de vida, este indicador nos da muestra de los avances que se han logrado en materia de salud complementándose con avances en la medicina, no solo es de suma importancia el incrementar la esperanza de vida si no que también halla un incremento en la calidad de la salud de la población.

Por otro lado otro punto a destacar acerca de los beneficios a la sociedad de contar con un sistema de salud eficiente y profundo tiene que ver con el tema de la protección financiera ante gastos catastróficos o que tengan que ver con gastos en salud, como se mencionara más adelante, el gasto en salud puede llegar a ser un gasto empobrecedor para las familias con ingresos bajos o que se encuentren en el primer quintil de ingreso, si se contara con un sistema de salud en donde incluyera a esta población en estado de pobreza y pobreza extrema y que aparte no cuente con alguna protección en temas de salud, esto generaría una mejora sustancial en la esperanza y calidad de vida de este segmento de la población, debido a que la población que se encuentra en estas condiciones por lo general vive en zonas marginadas y alejadas de las grandes ciudades que son estas las que concentran los centros de atención más completos para atender las enfermedades que demanden la población.

Otro tema que no es menos importante que los anteriores es acerca de la prevención. Para el Sistema de Salud Mexicano representa una carga financiera muy elevada el atender a una persona que ya tiene encima una enfermedad con un avance significativo de esta, sin embargo si las instituciones encargadas de atender a la población en temas de salud desarrollaran un plan incluyente e influyente en cuestiones de prevención es decir hacer estudios rutinarios que permitan detectar una enfermedad a temprana edad y con ello reducir el tiempo de tratamiento de combate a esta enfermedad y con ello reducir el gasto asignado al combate de esta para ello se tiene que englobar a todos los segmentos de la población (clases bajas, clases medias y clases altas), además de las personas que no cuentan con ninguna protección en temas de salud es decir que se encuentran excluidos o fuera del sistema de salud. Al llevar a cabo este tipo de acciones se eleva los estándares de salud de la población mexicana.

Otro tema que también forma parte de este apartado y que a su vez es parte de las metas que todo sistema de Salud de cualquier país tiene que ver con mejorar o en su caso mantener en un nivel adecuado es la aprobación pública y satisfacción de la sociedad, es decir medir el grado en que los usuarios se sienten complacidos por la atención que les presta el sistema de salud. Para algunos autores la satisfacción del usuario permite medir la eficacia y la calidad de los sistemas en términos no médicos.

La importancia de este factor no es menor. Las políticas de salud que adoptan los gobiernos se apoyan en encuestas de opinión de la población. Los proveedores de servicios y seguros de salud utilizan indicadores de satisfacción y experiencia de los pacientes para evaluar el desempeño.

Para ello se requiere información acerca de la percepción y grado de satisfacción, calidad de la atención, tiempos de espera, abasto de medicamentos, seguridad del paciente.

Es importante mencionar que para poder llegar a tener una satisfacción elevada por parte de la población acerca del sistema de Salud, se requiere de un mecanismo que funcione adecuadamente y que se complementen el uno con el otro, es decir que se requiere un plan que sea influyente e incluyente para todos los segmentos de la población, contar con la protección financiera ante cualquier gasto catastrófico y que no sea un gasto empobrecedor para las familias especialmente para aquellas de bajos recursos, el poder tener la aprobación pública por parte de la población es otro elemento de gran importancia porque a través de este se pueden desarrollar políticas públicas que permitan lograr la satisfacción de la población.

c. Riesgos y Perjuicios económicos y sociales por la inexistencia e ineficiencia del sector salud

En los últimos setenta años la población mexicana ha tenido una profunda y prolongada transición epidemiológica que ha cambiado el perfil de las condiciones de salud. En esta etapa se han logrado avances que han beneficiado a casi todos los grupos sociales, sin embargo, la transición también se ha caracterizado por su polarización, ya que los cambios se dieron en distintos ritmos y tiempos en todo el país. El resultado actual es que, a pesar de los avances, persisten todavía diferencias en las condiciones de salud entre poblaciones.

Si se toma como punto de referencia la geografía, la salud tiende a ser más precaria en los estados del sureste del país. Un ejemplo es que en los estados con mayores recursos sociales y económicos la esperanza de vida al nacimiento alcanza cifras altas. ⁽⁵⁸⁾

⁽⁵⁸⁾ Secretaría de Salud, 2012, p. 23.

Otro indicador es la tasa de mortalidad infantil en la cual las diferencias son más evidentes. Mientras que hay entidades como la Ciudad de México y Nuevo León, en donde la probabilidad de muerte en menores de un año es baja, existen otras como Chiapas, Guerrero y Oaxaca con probabilidades de muerte muy alta.

Las desigualdades también se pueden notar en los casos de mortalidad materna. Los estados de Chiapas, Chihuahua, Nayarit y Oaxaca tiene cifras de mortalidad materna superiores a 80 defunciones por cada mil nacidos vivos mientras que en Colima la tasa es de 10.

Las desigualdades son producto del rezago epidemiológico que se identifica por la persistencia de enfermedades infecciosas, de la nutrición y de la reproducción que son prácticamente prevenibles (en la mayoría de los casos con intervenciones a bajo costo) y que afecta a la población con un alto nivel de marginación. Este tipo de enfermedades representa el 21% de las defunciones en zonas pobres. ⁽⁵⁹⁾

Pese a que los rezagos en salud se localizan principalmente en estados con más pobreza no se debe dejar de lado los problemas causados por enfermedades no transmisibles. En algunas entidades se puede percibir una doble carga epidemiológica, ya que por un lado, existe un perfil de enfermedades infecciosas y de la nutrición, y por el otro, se da un crecimiento acelerado de padecimientos crónico degenerativos, como la diabetes. ⁽⁶⁰⁾

Otro tema que también es muy relevante es la perspectiva municipal la cual permite apreciar que al interior de las entidades con baja marginación como Nuevo León y Chihuahua se localicen zonas en que las condiciones de salud están muy por debajo de los promedios estatales. En Chiapas y Oaxaca las ciudades capital registran condiciones medias de salud pero están rodeadas de una amplia zona de atrasos. ⁽⁶¹⁾

El caso más grave de inequidad de los beneficios de la salud se da en los grupos indígenas, entre los cuales el riesgo de morir antes de cumplir un año es 1.7 veces más alto que el promedio nacional.

Al final del siglo XX el país se caracterizaba por un grave desajuste e inequidad entre el sistema de salud y las necesidades de salud de la población, especialmente en términos de cobertura y financiamiento.

⁽⁵⁹⁾Secretaría de Salud, 2012, p.35.

⁽⁶⁰⁾Zurita, 2003, p. 36.

⁽⁶¹⁾Zurita, 2003, pp. 34-35.

El criterio para dar la cobertura es una causa de inequidad ya que el ingreso a la seguridad social solo se logra a través de la fuente de trabajo. Esto significa que el aseguramiento está condicionado por el número de empleos disponibles en los sectores formal y público. ⁽⁶²⁾ En la práctica esto se manifiesta en el hecho de que una gran parte de la población (48.5%) no está cubierta por las instituciones de seguridad social por lo que depende de los servicios disponibles para la población abierta. Cabe agregar que la cobertura está estrechamente relacionada con el ingreso: cerca de 12% de la población en el quintil más bajo del ingreso está asegurada mientras que más de 60% lo está en el decil más alto. ⁽⁶³⁾

La inequidad en la cobertura está asociada a graves desequilibrios financieros. En primer lugar habría que mencionar un factor que más que una inequidad, es una insuficiencia: el bajo gasto total en salud que representa el 6.5% del PIB. Estas cifras están por debajo del nivel promedio de América Latina (6.9%) y muy por debajo con países con desarrollo similar como Argentina (8.9%) Brasil (7.6%) y Uruguay (9.8%). ⁽⁶⁴⁾

Del gasto total en salud únicamente 46% proviene de recursos públicos (en comparación con más del 70% para el promedio de la OCDE). Su distribución para grupos poblacionales (asegurados y no asegurados) y estados es profundamente inequitativo. ⁽⁶⁵⁾

En México el gasto en salud per cápita en la población asegurada es dos veces mayor que el gasto en población sin seguridad social (1,539 pesos por persona). Las diferencias entre instituciones son muy grandes.

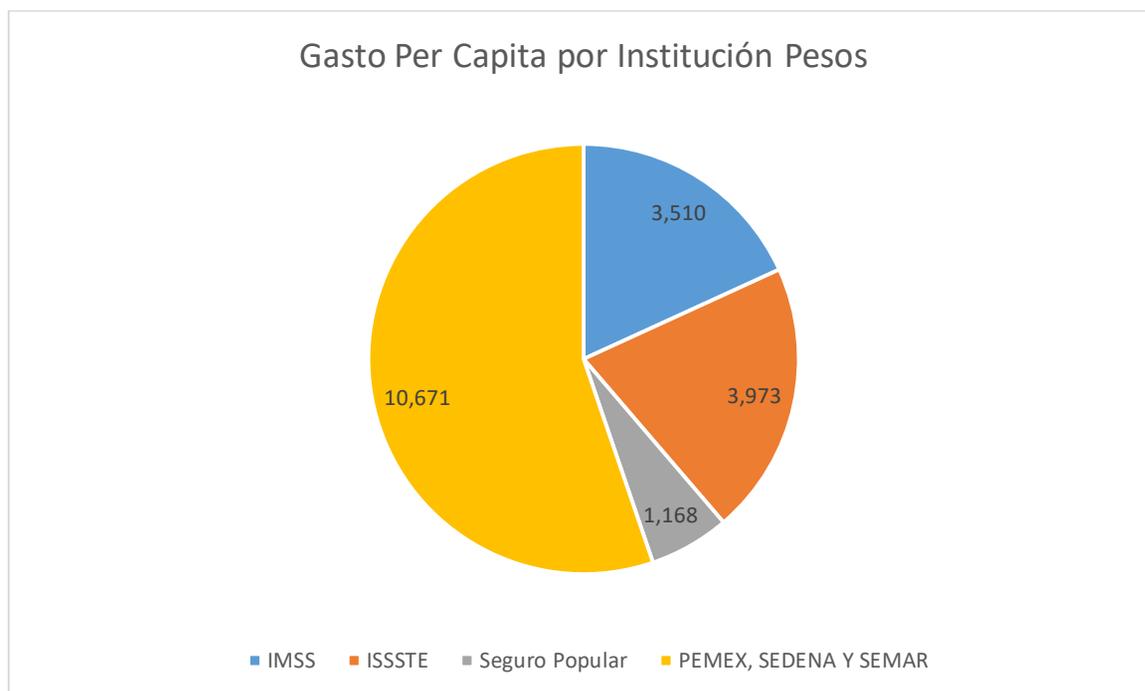
⁽⁶²⁾Arzoz y Knaul, 2003, p. 185.

⁽⁶³⁾Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, 2006, p. 145.

⁽⁶⁴⁾Secretaría de Salud, 2007, p. 9.

⁽⁶⁵⁾ Arzoz y Knaul, 2003, p. 193.

Grafica 7 Gasto Per Cápita por Instituciones Pesos



Fuente: Centro de Investigación Económica y Presupuestaria con datos de la SHCP <http://ciep.mx/gasto-en-salud-propuesta-2017/>

Nota: El número de derechohabientes se estimó con las proyecciones de CONAPO y los porcentajes de los informes del IMSS.

Mientras que la población amparada por Pemex recibe en promedio 11 mil pesos por persona, en IMSS-Oportunidades la cifra es de 795 pesos. ⁽⁶⁶⁾ No hay que olvidar además de que las personas sin seguridad social pertenecen en su mayoría a los grupos más pobres, esto significa que se da menos a los que menos tienen.

La distribución de recursos públicos entre estados tiene enormes brechas. La diferencia entre Colima que tiene el gasto per cápita más alto para la población sin seguridad social y Guanajuato con el gasto más bajo, es de 4 a 1. ⁽⁶⁷⁾ Poner referencia los resultados más altos los tiene Tabasco 8.2% y Nayarit 5.5% mientras que Nuevo León 2.1% y Quintana Roo 2% son los más bajos. ⁽⁶⁸⁾ Las diferencias en la contribución que hace cada estado para la salud son todavía más dramáticas poner gráfica en Tabasco 23.5 % del gasto en salud proviene del mismo estado. En Durango la cifra es de .8%.

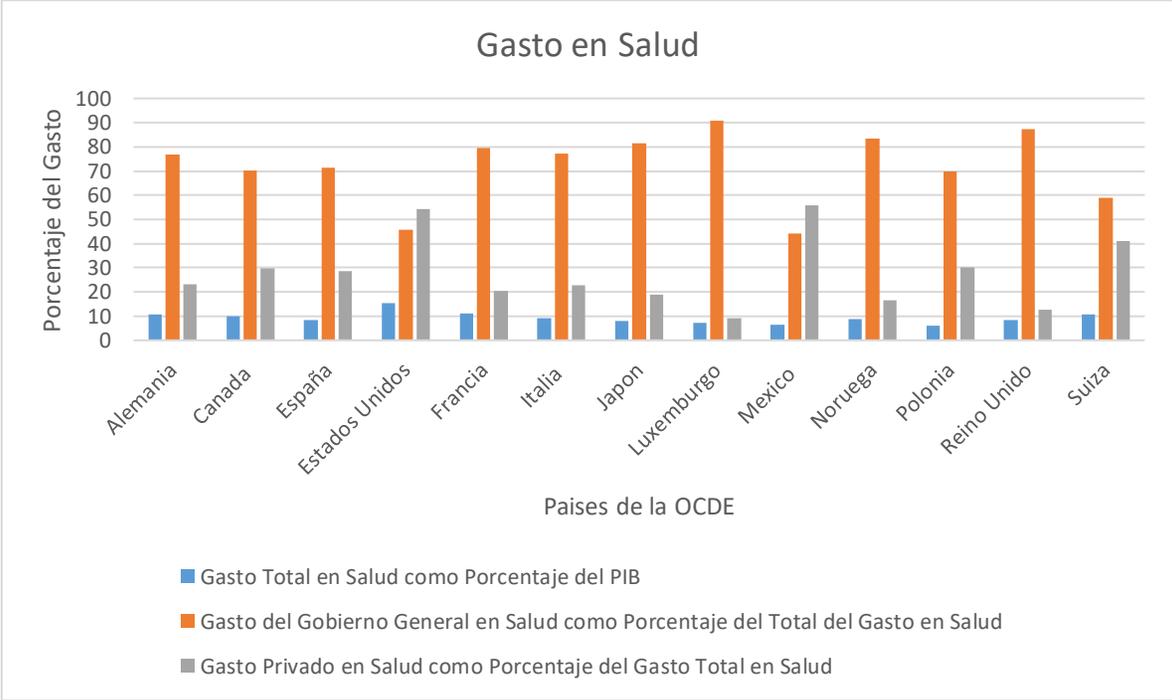
⁽⁶⁶⁾ Secretaría de Salud, 2012 f, p. 76.

⁽⁶⁷⁾ Secretaría de Salud, 2012, p. 52.

⁽⁶⁸⁾ Secretaría de Salud, 2012 f, p. 80.

La inequidad en la protección financiera se refleja claramente en el hecho de que la mayor parte del gasto en salud proviene directamente del bolsillo de los ciudadanos. El gasto privado alcanza 54% del gasto total de salud. El gasto de bolsillo representa 95% de este gasto y solo 5% corresponde a pago de primas de seguros privados. El gasto de bolsillo es totalmente inequitativo por que las familias deben enfrentar pagos excesivos que resultan difíciles de anticipar. Esto se traduce en gastos catastróficos o empobrecedores, especialmente entre las familias más pobres que son muy vulnerables financieramente porque el gasto en salud representa una proporción más alta de su ingreso. ⁽⁶⁹⁾

Grafica 8 Gasto en Salud



Fuente: Organización Mundial de la Salud Estadísticas Sanitarias Mundiales www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table7.pdf

Nota: Solo se menciona algunos países pertenecientes a la OCDE.

Para atender el reto de la inequidad en la protección financiera se han diseñado políticas específicas. La más destacada ha sido la creación del Seguro Popular, que tiene entre otros propósitos reducir el número de familias que caen en pobreza debido a su gasto en salud, así como cerrar las brechas en el financiamiento.

⁽⁶⁹⁾Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, pp. 64-72.

d. Características de un sector de salud eficiente

Los usuarios de servicios de salud al tener incentivos suficientes que los impulse a mejorar su estado de salud, para ello el Sistema de Salud debe de mejorar la eficiencia, calidad y cobertura, con ello reducir el elevado gasto de bolsillo por el pago de servicios médicos y los riesgos que implica la carga financiera de las familias, esto alentara a la prevención debido a que los pacientes acudirán a revisiones periódicas y con ello evitar que una enfermedad se agrave permitiendo con ello la agregación y diversificación de riesgos.

Para atenuar este tipo de gastos se han diseñado incentivos para que la población cuente con alguna forma de aseguramiento. Los seguros médicos privados dan incentivo de tipo fiscal a quienes adquieren seguros de gastos médicos que son deducibles de impuestos. Así se estimula a los particulares a adquirir planes de aseguramiento y se promueve además la demanda de seguros médicos.

Por su parte el gobierno planea ampliar el aseguramiento y la protección financiera a través del Seguro Popular en el cual las cuotas de afiliación están basadas en una escala móvil que depende del ingreso de las familias. Este sistema promueve la afiliación de los grupos más pobres y exenta de cualquier pago a los hogares que se ubican en el 20% más pobre de la población.

En cuanto al uso de servicios de la población no asegurada, la Secretaria de Salud y los servicios estatales de salud tienen cuotas de recuperación con tarifas móviles para atender de manera gratuita a la población más pobre y desalentar la utilización de los grupos con recursos. Sin embargo, en la práctica las diferencias en el monto y la exención de pago solo tienen pequeñas diferencias entre los distintos estratos económicos.

Médicos

En el sector publico los médicos y las enfermeras perciben salarios de la institución donde prestan sus servicios. Un factor básico para determinar el monto de la remuneración es la antigüedad. Es por ello que para alentar un mejor servicio por parte de los doctores y enfermeras que otorgan su servicios es reducir las diferencias salariales entre el personal que trabaja en las instituciones de seguridad social y el que presta sus servicios en instituciones públicas que atiende a la población no asegurada.

Hospitales

Anualmente se asigna un presupuesto a los hospitales del sector publico tomando en consideración el costo histórico y los recursos federales disponibles, sin embargo para incrementar la eficiencia de estos es importante destinar mayores recursos dedicados a la atención medica y reducir sus recursos al pago de salarios, además de permitir la autonomía de los hospitales con la finalidad de que puedan controlar mejor sus gastos y evitar caer en déficit.

En el caso del sector privado, las instituciones prestadoras de servicios repiten el mismo esquema de los médicos: el pago es por servicio prestado y las tarifas son variadas. Al establecer una relación con las aseguradas se da una suerte de negociación ya que estas presionan para pagar cuotas menores a hospitales por los servicios de sus clientes asegurados. La frecuencia de uso de las aseguradoras varía de una institución hospitalaria a otra pero se puede afirmar que el volumen de actividad de estas puede ser muy alto. Otra fuente de ingreso de los hospitales privados es de la proveniente de médicos por la renta o compra de espacios para consultorios. Con esta práctica aumenta los incentivos de los médicos y con ello el número de consultas, tratamientos y estudios en el mismo hospital.

Proveedor de medicamentos

En el caso del sector público, las autoridades federales y estatales destinan fondos para medicinas que están incluidas en el cuadro básico establecido por el Consejo de Salubridad General. El catalogo contiene casi 800 productos genéricos. Más de 300 empresas, la mayoría de ellas nacionales, compiten para conseguir la concesión de las adquisiciones públicas.

Con el propósito de estimular la competencia han surgido iniciativas. Una es que los medicamentos con patente fijen sus precios basándose en los precios internacionales de un conjunto de países y liberen totalmente a los que no cuenten con patente.

2. Condiciones del sector salud y la salud en México

a. Organización del Sector Salud

La organización general o macro organización de la provisión del servicio de salud es un factor básico. Con la organización general se muestra la naturaleza política de los sistemas de salud en el mundo. Basta decir que según la organización del sistema político, esta se reflejara en el modelo de salud.

El sistema de salud mexicano se creó tomando como referencia el proyecto pos-revolucionario caracterizado por una enorme centralización político-administrativa, con régimen político presidencialista y un partido dominante. Sin embargo, durante las últimas dos décadas las transformaciones del sistema político mexicano han propiciado también cambios en la macro organización del sistema de salud.

Los sistemas de salud deben considerarse con base en la interacción y relación que se da entre las instituciones de salud y la población usuaria. Así se pueden distinguir tres funciones generales que caracterizan a los sistemas de salud: regulación o modulación, financiamiento y prestación de servicios. Incluso se puede decir que por la forma en que estas funciones se integran se determina el modelo de salud.

Las instituciones que forman parte del Sistema de Salud pueden estar integradas verticalmente. Esto quiere decir que una misma institución lleva acabo todas las funciones (modulación, financiamiento y prestación). Por el contrario la integración horizontal se refiere que las funciones están separadas y se llevan a cabo en distintas instituciones.

Los diferentes grupos de población se clasifican según el grado de acceso a la atención. Pero se pueden presentar dos situaciones extremas:

1. Una segregación de segmentos de la población en diferentes instituciones
2. Una integración horizontal cuando todos los grupos de una población pueden ser atendidos en las mismas instituciones.

El modelo que corresponde a México tiene las siguientes características:

- Está dividido en tres sectores que corresponden a tres segmento diferentes de la población: sector público, sector de seguridad social y sector privado.
- La población está dividida en dos grandes grupos: los de escasos recursos (rurales y urbanos excluidos de la seguridad social), y los que tienen capacidad de pago, que se subdividen entre los que están asegurados o pertenecen a la economía formal y los que no tienen seguridad social pero que tienen amplia capacidad de pago de su propio bolsillo y que son atendidos por el sector privado.
- Las autoridades de salud ofrecen servicios o atención al sector de la población que no está protegida por la seguridad social pero que tampoco tiene capacidad de pago.

- Es un modelo con segregación horizontal que canaliza a los diversos segmentos de la población a diferentes instituciones.
- Las instituciones del sector público están integradas de manera vertical, llevan a cabo todas las funciones y están enfocadas a un grupo de población específico.

Una importante decisión en materia de macro organización del sistema de salud es la opción de apoyarse en el monopolio público o en la competencia entre proveedores públicos y privados para la prestación de los servicios de salud. ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hsiao, 2003, p. 12.

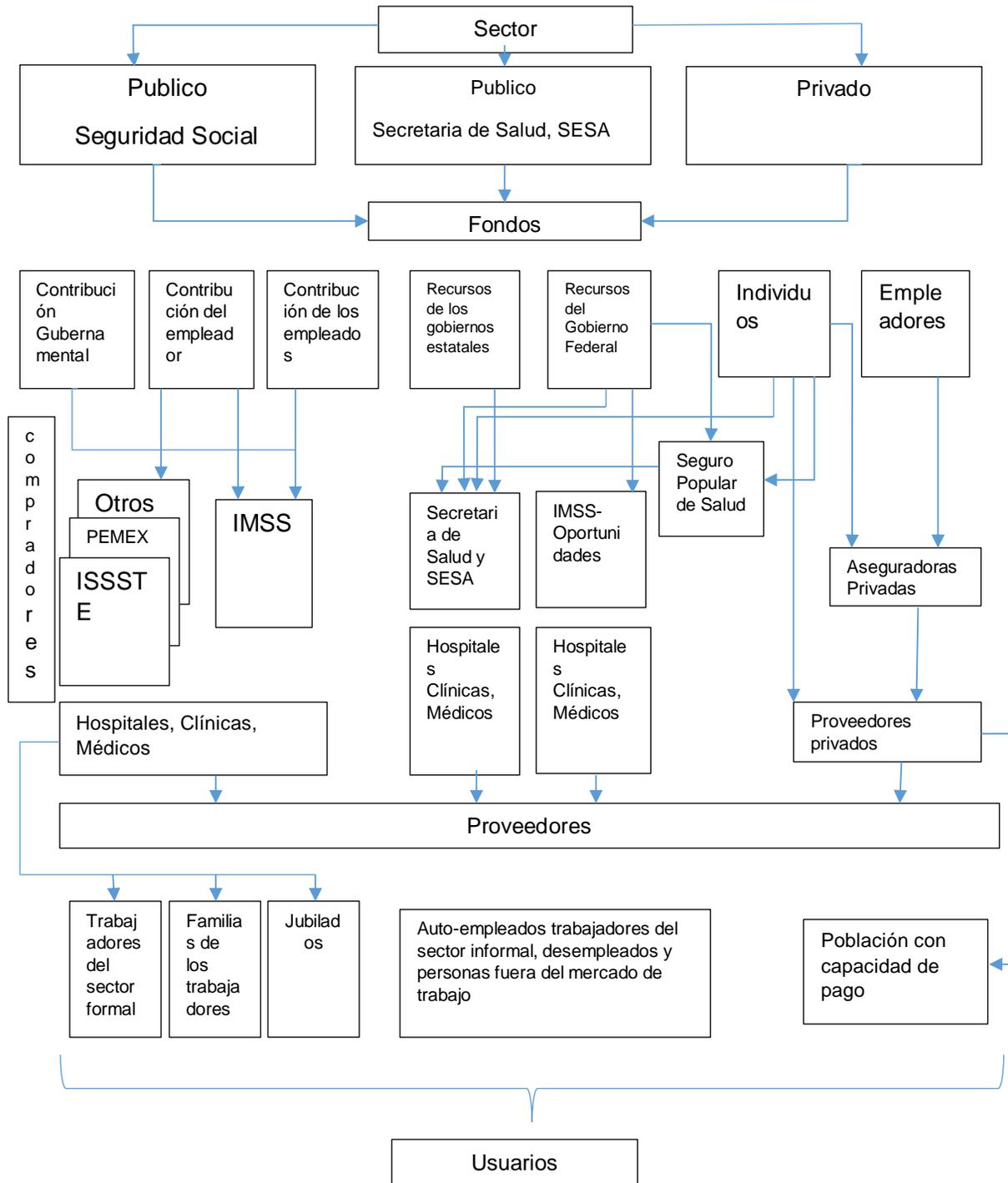
En México esta relación ha tenido cambios relevantes. En la primera década del siglo XX no existía propiamente un sistema de salud gubernamental con financiamiento y prestación de servicios. Los proveedores privados ejercían su profesión y eran consultados y remunerados directamente por sus pacientes. ⁽²⁾

A final de la década de los treinta y particularmente durante la década de los cuarenta con la creación del IMSS y la Secretaria de Salubridad y Asistencia, la participación del Estado adquirió tal relevancia que lo llevo a la creación de un sistema de salud cuyas características estructurales persisten hasta el día de hoy. Este alto grado de participación dio como resultado la coexistencia de un sector público y un sector privado. ⁽³⁾

⁽²⁾ Nigenda, 2003, p. 234.

⁽³⁾ *Idem*

Modelo del sistema de Salud en México



El sector público está formado por un amplio abanico de instituciones que integran la mayor parte de la infraestructura en salud. Ofrece servicios a la población afiliada a la seguridad social así como a sectores por no estar asegurados son atendidos por las secretarías de salud de la federación y los estados.

El sector privado tiene también una presencia preponderante en el financiamiento (más de 50% del gasto en salud tiene origen privado) y en la prestación de servicios (a través de clínicas, aseguradoras, profesionistas, laboratorios, farmacias, escuelas, etc.). En esta categoría se incluye a instituciones con fines de lucro, a las asociaciones sin fines de lucro y a particulares que ofrecen bienes y servicios de salud.

El sistema mexicano de salud pública tiene características monopólicas al no enfrentar ninguna competencia en el financiamiento ni en la oferta de servicios. Las instituciones de la seguridad social obtienen sus recursos por medio de aportaciones obligatorias, mientras que los servicios para la población asegurada reciben presupuestos anuales que se determinan sobre costos históricos y por la disponibilidad de recursos. ⁽⁴⁾

En ninguno de los dos sistemas la competencia por los recursos se basa en criterios de eficacia, calidad en la atención u otros indicadores de desempeño. Los pacientes de la seguridad social deben atender exclusivamente en la institución de afiliación, mientras que la población no asegurada no tiene cabida en los servicios de la seguridad social. También lo relativo a la elección del proveedor y del médico es muy limitada.

Lo anterior es consecuencia del arreglo institucional que integra las funciones de regulación, financiamiento y prestación de servicios en la misma institución. Así cada institución es propietaria y administradora de sus establecimientos, emplea a su propio personal y atiende a un público determinado. Esta situación, aunada a la fragmentación del sistema propicia que los prestadores de servicios puedan incurrir en prácticas monopólicas al tener pocos incentivos para mejorar la cantidad y calidad de los servicios.

En este contexto se podría suponer que el sector público compite con el sector privado ya que las personas optan por atenderse en clínicas privadas en lugar de acudir a las del sistema público de salud. Sin embargo es una práctica ineficiente y poco competitiva ya que buena parte de este gasto lo hacen los pacientes de su bolsillo. De este modo se hace un doble pago pues además de la contribución al servicio público, mismo que no utilizan, deben pagar los servicios privados. ⁽⁵⁾

El sector privado por su parte, tiene una participación destacada en la prestación de servicios médicos, además de que interviene también en el ámbito de la salud por medio del mercado de seguros, la producción, venta y distribución de tecnología y medicamentos. A pesar de que su presencia es evidente, los servicios privados son muy variados en tamaño e infraestructura, así como en la calidad de la atención.

⁽⁴⁾ OCDE, 2005, p. 69.

⁽⁵⁾ Frenk, 1999, p. 79.

Las relaciones al interior del sector privado lucrativo son de tipo mercantil, con competencia entre proveedores. Con el paso de los años se han sofisticado hasta conformar grupos de especialistas en centros específicos y redes de hospitales de prestigio. La competencia al interior del sector se ha intensificado. Un ejemplo es la creación de instituciones de seguros especializadas en salud que compiten con los servicios que ofrecen los hospitales privados. Por el lado del financiamiento, decenas de aseguradoras ofrecen esquemas de aseguramiento médico para la población con capacidad de pago.

A pesar de lo anterior, la iniciativa privada se encuentra limitada debido en gran medida a la ausencia de una regulación clara que limita su contribución a la equidad, calidad, eficiencia, competitividad y protección financiera en materia de salud. Asimismo, existe una gran diferencia, según la población que atiende y la ubicación geográfica de los productos y servicios que ofrecen. Pese a la competencia, las ISES y los seguros de gastos médicos no han logrado aumentar sus índices de afiliación y cobertura de manera relevante.

El complejo panorama en el que están inmersos, tanto el sector público como el privado están estrechamente relacionado con las tres funciones básicas de regulación, financiamiento y provisión de servicios.

En lo relativo a la regulación, es el sector público el que establece las reglas generales de participación y vigilancia del sistema de salud. El privado participa por medio de consejos o mecanismos financieros como las aseguradoras. Por su parte el sector civil ha establecido mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas. Las asociaciones profesionales participan también con la formación de reglas y cuentas con mecanismos que vigilan el desempeño de la práctica médica.

Las instituciones públicas participan del financiamiento creando fondos de seguridad social y transfiriendo lo recaudado vía impuestos a actividades de salud. El sector privado lo hace a través del pago de bolsillo por servicios prestados y seguros médicos privados. El sector civil crea fondos para la salud sin fines de lucro con aportaciones nacionales e internacionales, públicas y privadas. ⁽⁶⁾

Los tres sectores cuentan con unidades de atención de primero, segundo y tercer nivel, que en el caso del sector privado suelen no estar articuladas, mientras que en el sector público se integran en redes. ⁽⁷⁾

⁽⁶⁾ *Idem*

⁽⁷⁾ *Idem*

El cuadro 1 da una visión general del funcionamiento y las características de estos sectores.

Función del Sistema de Salud y Participación del Sector Público y Privado

Publico	Privado	Civil
Regulación		
Estatutaria. Definición de reglas de participación y vigilancia de salud.	Llevar a cabo funciones que el estado delega o mediante mecanismos financieros como las aseguradoras.	Participación en mecanismos para el seguimiento de programas y de rendición de cuentas.
Financiamiento		
Transferencia de fondos federales y estatales provenientes de los impuestos. Apoya a la conformación de fondos de seguridad social.	Pago de bolsillo por servicios prestados. Esquemas de aseguramiento, basados en cálculos actuariales y/o esquemas de prepago.	Fondos privados, públicos, de organismos internacionales, dependiendo del tipo de institución: académica, OMG, asociaciones civiles, etc. Se trata de organizaciones sin fines de lucro.
Prestación		
Red de unidades de atención en instituciones públicas y de seguridad social.	Consultorios privados y unidades privadas de atención en todos los niveles.	Unidades de atención privada sin fines lucrativos. Generalmente de primer o segundo nivel, que se encargan de acciones locales.

Fuente: México Un Análisis del Sistema de Salud y las Perspectivas para el Seguro de Salud Privado, Clemente Cabello Pinchetti, Primera Edición, 2008.

A partir de la década de los ochenta la preocupación común de varios países ha sido mejorar el desempeño y la eficiencia de los sistemas de salud. Los llamados procesos de reformas estructurales han tenido como prioridad la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud para lograr mayor eficiencia y equidad. La Organización Mundial de la Salud ha reconocido que la industria privada tiene el potencial para realizar acciones en favor de la salud de las poblaciones por lo que recomienda a los gobiernos fortalecer las relaciones de colaboración.

En el caso de México ha surgido una tendencia que considera que el sector salud no solo debe incluir al sector público, sino que se debe alentar una mayor participación del sector privado en el mercado de bienes y servicios en salud. El propósito es lograr un uso óptimo de la infraestructura existente y así promover una sana competencia entre prestadores públicos y privados que tengan como punto de partida la calidad de la atención. ⁽⁸⁾

Ahora bien, a diferencia de lo que ha sucedido en otros sectores económicos, la privatización en materia de salud no se ha promovido como la transferencia de la propiedad de los activos públicos al sector privado, sino como la socialización de los servicios de la medicina privada. El objetivo central es aumentar la competencia, la cantidad y disponibilidad de servicios, además de promover la calidad y eficiencia en la atención en salud. ⁽⁹⁾

Con este propósito han surgido iniciativas de colaboración pública-privada en la prestación de servicios de salud. Proveedores privados son subcontratos por instituciones públicas para la prestación de servicios específicos, como atención de urgencias, servicios paraclínicos y hospitalarios. ⁽¹⁰⁾

Los convenios de colaboración incluyen acuerdos sobre niveles de calidad, así como diversas modalidades de pago y precios preestablecidos. Un ejemplo es la subrogación de servicios por parte del IMSS, en los lugares donde no existe infraestructura pública, otro, es la utilización de las redes de farmacias privadas como apoyo en el abasto y distribución de medicamentos, particularmente en el caso del Seguro Popular. ⁽¹¹⁾

Proyectos más ambiciosos incluyen esquemas de participación Público-Privada para poner en operación hospitales regionales. Con estos esquemas se permite la inversión privada en hospitales públicos, a cambio a los particulares se les transfiere la operación del inmueble por un periodo determinado. Mediante este procedimiento el gobierno licita un conjunto de requerimientos de servicios y otorga la concesión al particular que ofrezca la solución más óptima con el menor costo. ⁽¹²⁾

⁽⁸⁾ Reyes Heróles en Funsalud, 2006, pp. 249-262.

⁽⁹⁾ Nigenda, 2003, p. 230.

⁽¹⁰⁾ Peterson en Funsalud, 2006, p. 268.

⁽¹¹⁾ Reyes Heróles, 2006, p. 260.

⁽¹²⁾ Villalobos, 2007.

Estas primeras colaboraciones están enfocadas al desarrollo de un sistema de prestación plural (público, privada) de los servicios de salud que permita una mayor competencia. De esta manera tanto aseguradoras como pacientes tendrán opciones para atenderse de acuerdo a sus necesidades y prioridades.

La reforma al sistema de salud (creación del Sistema de Protección Social en Salud) al atender el problema del financiamiento sentó las bases para explorar nuevas opciones de organización en la prestación de servicios. Cabe aclarar que para que esto se lleve a cabo se requiere que la participación pública privada estén claramente reguladas, para así cumplir con los objetivos de calidad, equidad y protección financiera. Asimismo, las normas establecidas deben permitir una actuación de las partes sobre bases claramente definidas que fomenten la participación y el óptimo desempeño. ⁽¹³⁾

Uno de los principales argumentos a favor de la descentralización de los servicios de salud es que las autoridades locales tienen mejor posición que las centrales para conocer las necesidades y referencias de la población. Esto puede tener ventajas en la eficiencia y en consecuencia en el bienestar social. Otro argumento es que la descentralización promueve la participación financiera por parte de los gobiernos estatales para la provisión en servicios de salud. ⁽¹⁴⁾

En México, la descentralización de los servicios de salud ha sido un tema de preocupación desde la década de los ochenta. Desde entonces se percibía que el centralismo que caracterizaba al sistema de salud causaba problemas. Entre ellos, un enfoque burocrático extremo, una asignación ineficiente de los recursos, una indefinición en las responsabilidades de cada orden de gobierno, y poca coordinación entre los prestadores de servicios para la población no asegurada y entre estos y las autoridades estatales. ⁽¹⁵⁾

Desde entonces se iniciaron esfuerzos por descentralizar aspectos relacionados con la provisión de los servicios de salud de la población abierta, aunque también se incluyeron algunos servicios de las instituciones de la seguridad social. A continuación se presentan las principales acciones tomadas en materia de descentralización del sector salud y sus resultados, con énfasis en los servicios prestado por la Secretaría de Salud.

⁽¹³⁾ Nigenda, et al., 2003, p. 237.

⁽¹⁴⁾ Merino, 2003, p. 195.

⁽¹⁵⁾ OCDE, 2005, p. 55.

El proceso de descentralización se inició a mediados de la década de los ochenta. Entre los aspectos que destacan se encuentran:

- La transferencia de responsabilidad operativa de las unidades de atención primaria y de segundo nivel (pero no aplica para los Institutos Nacionales de tercer nivel), y transferencia de algunas responsabilidades administrativas.
- La integración de ciertos programas como IMSS-Coplamar (actualmente IMSS Oportunidades) con los sistemas existentes de la Secretaría de Salud en los estados.
- El acuerdo de aumentar el financiamiento de los servicios de salud sobre la base de sus propios recursos con la meta de alcanzar el 20% de su presupuesto.

El impacto de estas medidas fue limitado. En primer lugar las responsabilidades delegadas solo incluían a 14 estados, por su parte las autoridades centrales mantuvieron el control sobre el gasto y sobre el personal adscrito. No se dieron facultades a los estados para elaborar las políticas y las normas de salud o para decidir sobre la ejecución del gasto. Estos factores combinados con el hecho de que el proceso de descentralización inicio en un periodo de grave crisis económica, además de que algunos estados no tuvieron la capacidad administrativa para hacerse cargo de los servicios de salud y detuvieron el proceso de descentralización en 1988. ⁽¹⁶⁾

En 1996 se retoma y se incluye a todas las entidades pero aunque el proceso fue más amplio y claro sobre la división de responsabilidades entre las autoridades federales y estatales.

En términos generales, las autoridades federales quedaron como responsables de establecer las prioridades nacionales de la política de salud, de definir las normas legales del sistema de salud, de evaluar el destino de los recursos para mejorar la eficiencia y de asegurar la coordinación entre distintos niveles de gobierno.

Por su parte los estados recibieron mayores facultades para: ⁽¹⁷⁾

- Organizar y operar los servicios de salud para la población no asegurada.
- Prevenir y controlar amenazas ambientales de salud y enfermedades contagiosas.
- Supervisar la cobertura de salud y salubridad básica.
- Mantener el nivel de participación financiera e intentar aumentar estas contribuciones en el futuro.

⁽¹⁶⁾ Merino, 2003, p. 196.

⁽¹⁷⁾ *Idem*

Así las entidades se convirtieron en dueñas de la infraestructura en salud para la población abierta y los trabajadores de la salud pasaron a ser empleados de los gobiernos estatales. También se crea un Consejo Nacional de Salud (CNS), integrado por los secretarios de salud de cada estado y presidido por el secretario de salud. Este organismo se encarga de coordinar las políticas de las instancias federales y estatales. ⁽¹⁸⁾

Aunque este proceso de descentralización fue mucho más profundo que el iniciado en los ochenta en la práctica continuaron las acotaciones a la autonomía y grado de participación de los estados en la prestación de servicios públicos de salud.

Un primer obstáculo fue la persistencia de rígidos controles financieros del gobierno federal derivado de un sistema de transferencias federales etiquetadas. Aunque la descentralización de 1996 dio a los estados una mayor autonomía formal en el uso de los recursos federales (siempre y cuando estos se destinaran a los servicios de salud), el enorme peso que tienen las participaciones federales los deja en situación de dependencia. Por otra parte, las entidades no ejercen cobros de impuestos de base amplia que les permitan una mayor autonomía financiera, además de que no existen incentivos para aumentar la contribución local a los servicios. ⁽¹⁹⁾

Un segundo elemento es que el monto de las asignaciones federales se hace con una lógica histórica que tiene como criterio el gasto directo que realizaba el gobierno federal en cada uno de los estados antes de la descentralización, principalmente para gasto de nómina, lo que deja poco margen para otro tipo de gastos e inversiones.

Un elemento adicional de restricción es de tipo laboral. Si bien el proceso de descentralización transfirió a los empleados de los servicios de la Secretaría de Salud a los estados, ello no implicó que su contrato laboral se negociara con las autoridades locales. Los trabajadores mantuvieron el contrato laboral federal y su relación con el sindicato nacional, además de que las negociaciones permanecen centralizadas a pesar de que los trabajadores son empleados de los gobiernos estatales. Esto impide a las autoridades estatales realizar cambios con respecto a los tabuladores, puestos, contrataciones, despidos, horarios y lugar de trabajo. ⁽²⁰⁾

El problema principal con estas dos restricciones para la descentralización del Sistema de Salud, es que desbordan el alcance de reformas sectoriales sobre salud. Se requieren cambios en el marco tributario del país y en la relación laboral con los sindicatos nacionales. ⁽²¹⁾

⁽¹⁸⁾ OCDE, 2005, p.55.

⁽¹⁹⁾ Merino, 2003, pp.198-202.

⁽²⁰⁾ OCDE, 2005, p. 58 y Merino, 2003, p. 206.

⁽²¹⁾ Merino, 2003, p. 207.

De manera paralela a la descentralización de los servicios de la Secretaria de Salud se iniciaron algunas acciones de descentralización en las instituciones de seguridad social, particularmente en el IMSS.

En 1995 se iniciaron reformas al IMSS formuladas en la Ley del Seguro Social cuyo objetivo central era recuperar la viabilidad financiera del seguro de enfermedades y maternidad además de ampliar la cobertura y mejorar los servicios.

Entre los cambios estaban los orientados a descentralizar las operaciones a que la toma de decisiones estuviera más cerca de los prestadores de servicios y a promover una mayor distinción entre las funciones del asegurador y el prestador de servicios. En los hechos esto se tradujo en una transferencia de las decisiones de tipo administrativo, pero el control de la administración principal y de toda la institución la tienen las autoridades centrales. ⁽²²⁾

El IMSS tiene una estructura integrada por cuatro regiones en donde cada una supervisa a las delegaciones estatales y se encarga además de diseñar la planeación estratégica y llevar el control de las actividades. Cabe señalar que, tanto las delegaciones como los hospitales de especialidad, tienen autonomía para casos específicos como la contratación de equipo, compra de medicamentos, y ciertas decisiones de inversión. ⁽²³⁾

Un aspecto fundamental de la macro organización es la forma en que se integran los distintos niveles de atención en salud que incluyen desde el preventivo, pasando por los niveles primero, segundo y tercero. ⁽²⁴⁾

Como se mencionó con anterioridad el modelo de sistema de salud mexicano se caracteriza por su segmentación con integración vertical en donde la función de prestación de servicios médicos es también vertical pues el sistema de seguridad social, las instituciones de la Secretaria de Salud y los SESA brindan atención primaria, secundaria y terciaria a sus poblaciones respectivas.

La prestación de servicios primarios para la población sin seguridad social se da en clínicas o centros de salud administrados por los gobiernos estatales que incluyen atención dental, planificación familiar y entrega de medicamentos. Las instituciones de seguridad social y de IMSS- Oportunidades brindan los mismos servicios e incluyen también el suministro de medicamentos. Los servicios de SESA por lo general cobran una pequeña cuota de recuperación. ⁽²⁵⁾

⁽²²⁾ OCDE, 2005, p.58.

⁽²³⁾ *Idem*

⁽²⁴⁾ Hsiao, 2003, p.13.

⁽²⁵⁾ OCDE, 2005, p. 58.

La atención secundaria se da en los hospitales generales en casos de accidentes, urgencias, maternidad y tratamiento de algunas especialidades básicas. La atención de tercer nivel, por su parte, se ofrece en los hospitales especializados los cuales están equipados para ofrecer una gama más amplia de servicios y especialidades. En este nivel se incluyen las Institutos Nacionales de Salud, los hospitales federales de referencia y los hospitales especializados. Desafortunadamente, estos se controlan en las grandes ciudades, principalmente en la Ciudad de México. ⁽²⁶⁾

Las instituciones del sector público cuentan con un sistema de referencia para las personas que necesitan acceder a niveles superiores de atención. Un primer paso es que los médicos responsables de la atención primaria remitan a los pacientes a un hospital cercano de la misma institución. Para la atención de segundo y tercer nivel en hospitales de especialidades se realiza también un proceso similar de remisión y autorización. La seguridad social solo atiende paciente de otras instituciones en caso de urgencias médicas o casos en los cuales no existan en la zona unidades médicas de la Secretaria de Salud, mismos que se canalizan a unidades de otra institución. En lo que se refiere al seguro popular se permite que a través de convenios se utilicen otros prestadores de servicios de la seguridad social o del sector privado. Sin embargo, hoy día únicamente se tiene acceso a los SESA y al IMSS-Oportunidades.

Pese a estos requerimientos, es una práctica común eludir el sistema de referencia. Esto da como consecuencia traslapes de una institución a otra. El principal problema que se deriva de este hecho es que un gran número de personas con seguridad social utiliza los servicios del Sistema Nacional de Salud y los Servicios de Salud Estatales o también utiliza los servicios del sector privado. El resultado es que el servicio prestado se paga por duplicidad.

Para la población que acude a los servicios privados, existen unidades de atención primaria en pequeñas clínicas o consultorios independientes que reúnen a varios médicos en un mismo lugar para reducir costos. También los grandes hospitales ofrecen atención primaria con este mismo sistema.

En cuanto a la atención secundaria existen pequeños hospitales con un número reducido de camas que brindan atención ambulatoria para cirugías sencillas y atención de partos. La atención especializada se presta en hospitales que pertenecen a grupos empresariales que se ubican y concentran en ciudades capitales y en los estados más ricos.

En México el sector de hospitales, tanto públicos como privados, se caracteriza por índices de calidad muy variada. Por un lado, existen hospitales de alta calidad, comparables con los países desarrollados, y por el otro, hospitales que proporcionan servicios deficientes.

⁽²⁶⁾ *Idem*

b. Cobertura del Sistema de Salud en México por estrato de edad y nivel socioeconómico.

El principal objetivo de los sistemas de salud es proteger a la población de riesgos adversos. Un gran reto es lograr la equitativa repartición de la carga financiera y de la protección contra el riesgo de pérdidas económicas. ⁽²⁷⁾ En el caso de la salud se trata de un logro enorme y difícil por lo imprevisible y costosa que puede ser la atención médica.

En el área de la salud la protección frente a riesgos financieros depende en gran parte del nivel de acceso y cobertura con que cuenta la población. En México no se garantiza de manera igualitaria este bien ya que las políticas públicas han elaborado una complicada red de protección que discrimina a grupos al ofrecer distintos grados y tipos de cobertura.

Una parte del sistema de salud en la que la provisión de servicios ha logrado alta cobertura en la vacunación. México tiene uno de los mejores esquemas de vacunación en América Latina tanto por el número de vacunas del que dispone como por la proporción de personas a las que beneficia. ⁽²⁸⁾

El esquema básico de vacunación incluye 11 inmunógenos que protegen contra la poliomelitis, difteria, tétanos, tos ferina, hepatitis B, meningitis tuberculosa, sarampión, rubeola, parotiditis, influenza e infecciones invasivas. En todo el país la cobertura de vacunación para niños de 1 año es de 95.7% y de 98.3% para niños de 1 a 4 años. ⁽²⁹⁾ Algunos estados como Campeche y Tabasco alcanzan 100 por ciento de cobertura.

El alto índice de cobertura ha sido un medio invaluable para proteger la salud de la población, en especial de los niños y niñas. Como logros destacan la eliminación de la viruela, la erradicación de la poliomielitis desde 1990 y el control del sarampión, difteria, tos ferina y tétanos neonatal. ⁽³⁰⁾

El principal reto en este rubro es lograr que las entidades que actualmente tienen niveles de cobertura inferiores a 95% los amplíen con el fin de asegurar protección contra las enfermedades inmunoprevenibles.

En México la cobertura de salud se caracteriza por su fragmentación extrema. La prestación de servicios de salud es proporcionada por una gran variedad de instituciones. Las estimaciones para conocer el número de personas que tienen cobertura o seguro de salud separan a la población “asegurada” o “derechohabiente” de la población “no asegurada” o “no derechohabiente” (cuadro 2).

⁽²⁷⁾ Hsiao, 2003, p. 6.

⁽²⁸⁾ Secretaría de Salud, 2012, p.86.

⁽²⁹⁾ Aguayo, 2007, p.49.

⁽³⁰⁾ Secretaría de Salud, 2012, p. 86.

La población “asegurada” es la que tiene acceso a instituciones de seguridad social como el IMSS y el ISSSTE o por medio de seguros privados. La llamada población “no asegurada” no está cubierta por un mecanismo de aseguramiento, pero puede tener acceso a servicios de salud a costos más bajos a través del Seguro Popular o a través de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud, ambos financiados con recursos públicos. ⁽³¹⁾

Existen diferentes estimaciones sobre el número de personas y familias cubiertas por las instituciones de seguridad social. Los números varían según la metodología utilizada, por ejemplo, instituciones como IMSS y el ISSSTE calculan con base en las personas que realizan contribuciones a la institución y agregan un estimado de personas dependientes, otro método es sumar el número de usuarios que han utilizado los servicios de salud, hay también estimaciones apoyadas en censos, conteos y encuestas nacionales.

Cuadro 2 Población Afiliada a Alguna Institución de Salud

Población Afiliada a Alguna Institución de Salud				
Indicadores.0	Porcentaje		Millones de Personas	
	2010	2012	2010	2012
Población Afiliada al Seguro Popular	30.5	40.8	35	47.8
Población Afiliada al IMSS	31.8	32.1	36.4	37.6
Población Afiliada al ISSSTE	5.6	5.8	6.4	6.8
Población Afiliada al ISSSTE Estatal	1.7	0.8	2	0.9
Población Afiliada a PEMEX, Defensa o Marina	0.9	0.9	1.1	1
Población con Seguro Privado de Gastos Médicos	0.9	0.9	1	1.1
Población con acceso a servicios médicos por seguridad social indirecta*	2.5	1.8	2.9	2.2
Población Afiliada a otra institución médica distinta a las anteriores	1.4	1.7	1.6	2
Carencia por acceso a los servicios de Salud	29.2	21.5	33.5	25.3

Fuente: Estimaciones del CONEVAL

*Son aquellas personas que tienen acceso a servicios médicos por parentesco directo con algún familiar y que no cuentan con Seguro Popular.

Nota: Una persona puede estar afiliada a más de una institución.

⁽³¹⁾ OCDE, 2005, p .35.

Independientemente del método, se puede notar que el grado de cobertura formal de aseguramiento público de salud es bajo sobre todo si se compara con la mayoría de los países de la OCDE en donde más de 95% de la población tiene algún tipo de seguro de gastos médicos. Existe además una enorme desigualdad en el acceso al aseguramiento.

La cobertura está estrechamente relacionada con el ingreso, es decir cerca del 12% de la población en el decil más bajo del ingreso está asegurada mientras que más del 60% lo está en el decil más alto. Al igual que en las condiciones de salud las diferencias en la cobertura formal de aseguramiento son desiguales entre estados ya que puede haber diferencias de hasta 27% entre cada uno.

Cabe agregar que en México los esquemas y programas para dar cobertura en salud son diferentes en las prestaciones que otorgan, los mecanismos de financiamiento y la población objetivo. ⁽³²⁾

Se estima que 45% de la población está asegurada por medio de los sistemas de seguridad social. Las instituciones están obligadas a dar cobertura a los trabajadores asalariados en el sector formal y brindan servicios de salud y otras prestaciones a los beneficiarios y sus dependencias. No hay una lista específica de los servicios que cubren, sino que incluyen todos los servicios disponibles en cada establecimiento y que pueden ser de primero, segundo y tercer nivel. No existe reparto de costos (copagos).

Las principales instancias de la seguridad social son el IMSS y el ISSSTE. El primero cubre a la mayoría de los empleados asalariados formales del sector privado y sus familias. El segundo protege a trabajadores del gobierno, en su mayoría empleados federales y algunos estatales. Las secretarías de marina y de defensa y la paraestatal Petróleos Mexicanos tienen sus propios sistemas de atención médica. ⁽³³⁾

⁽³²⁾ Secretaría de Salud, 2012, p.39.

⁽³³⁾ OCDE, 2005, p.79.

El tipo de cobertura que ofrece el sistema de seguridad social hace que sea dependiente de la estructura del mercado laboral mexicano. Un ejemplo es que las crisis económicas provocan desplazamientos del empleo hacia el sector informal por lo que durante esos periodos se reducen significativamente las aportaciones a la seguridad social, así como el número de derechohabientes.

Esquemas gubernamentales fuera de la seguridad social

La Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud (SESA) proporcionan servicios médicos a personas que no están cubiertas por la seguridad social. El acceso se da a cambio de cuotas de recuperación en función del ingreso. La población que acude a estos servicios es heterogénea, aunque una gran mayoría la integran personas de zonas rurales y grupos urbanos marginados. ⁽³⁴⁾ Existen evidencias de que personas que pertenecen al sistema de seguridad social acuden también a los servicios para la población abierta.

Cabe aclarar que a pesar de que existen acceso abierto a los establecimientos de salud estatales una gran parte de la población no asegurada, en especial la que vive en zonas marginadas y rurales, debe enfrentar obstáculos para ingresar a los servicios. Por esta razón realizan gastos que en su mayoría proviene de sus bolsillos. ⁽³⁵⁾

Para hacer frente a estas deficiencias se han creado otros programas públicos que facilitan el acceso a los servicios de salud a la población no asegurada. El programa IMSS-Oportunidades, financiado por el gobierno federal y administrado por el IMSS, presta servicios ambulatorios de hospitalización y de entrega de medicamentos a pequeñas comunidades donde no existe servicios de salud. Se estima que atiende a una población de 11 millones de personas de las cuales una tercera parte está asegurada por el IMSS. ⁽³⁶⁾

La Secretaría de Desarrollo Social es la encargada de administrar el programa de Oportunidades que otorga de manera condicionada apoyos de salud a personas en situación de pobreza extrema. El esquema ofrece un paquete básico de servicios de salud y acceso a cirugías ambulatorias y rehabilitación. Los servicios se ofrecen en las instalaciones de los SESA o de las clínicas IMSS-Oportunidades. ⁽³⁷⁾

Cabe señalar que no en pocas ocasiones se da duplicidad en estos programas, tanto en el caso de los servicios cubiertos como de la población a la que se beneficia. Esto ocasiona que personas que ya están cubiertas por una institución utilicen los servicios que ofrecen estos programas. ⁽³⁸⁾

⁽³⁴⁾ Ibid, pp. 39.

⁽³⁵⁾ Ibid, pp. 43-44.

⁽³⁶⁾ Ibid, p. 45.

⁽³⁷⁾ Frenk, et al., 1999, pp.76-77.

⁽³⁸⁾ OCDE, 2005, p.45.

A partir de una reforma en 1997, un número limitado de personas también cuenta con cobertura mediante el seguro de salud para la familia, un esquema voluntario de aseguramiento en salud establecido por el IMSS para personas autoempleadas y trabajadores del sector informal. Este seguro ofrece la misma cobertura que a los derechohabientes del IMSS, aunque está sujeta a tiempos de espera para algunos servicios y exclusiones para padecimientos preexistentes. El programa se financia con aportaciones del gobierno y el asegurado. ⁽³⁹⁾

En este mismo sentido, se ha creado un programa para personas empleadas en negocios pequeños o trabajadores independientes denominado “Incorporación Voluntaria al Régimen Obligatorio” (IVRO) que consiste en un convenio con el IMSS por el cual las personas aseguradas pagan tanto la aportación del empleador como la del empleado en un esquema del salario mínimo del Distrito Federal. Al igual que en el Seguro de Salud para la familia en el IVRO no se contempla condiciones preexistentes y algunos tratamientos requieren periodos de espera. ⁽⁴⁰⁾

Finalmente, la medida más sobresaliente para enfrentar el reto de la justicia financiera en el área de la salud es la reforma a la Ley General de Salud, aprobada en 2003, que establece el Sistema de Protección Social en Salud cuyo brazo operativo es el Seguro Popular de Salud.

El Seguro Popular de Salud es un esquema voluntario que tiene como objetivo ofrecer aseguramiento en salud a quienes no cuentan con protección en la Seguridad Social. Ofrece a sus afiliados atención médica y medicamentos gratuitos para un paquete de 249 intervenciones médicas que cubren la mayor parte de la demanda de atención de primer y segundo nivel. El Seguro Popular es financiado de forma tripartita con contribuciones del gobierno federal, de los estados y una aportación de las familias en función de su ingreso. Las familias pertenecientes al 20% más pobre de la población están exentas de hacer contribuciones. ⁽⁴¹⁾

Al concluir 2006 el Seguro Popular cubría a 15.6 millones de personas (5.1 millones de familias) actualizar este dato lo que lo convierte en el segundo esquema de aseguramiento por debajo del IMSS. La mayor parte de las familias afiliadas (67%) pertenecen al 10% más pobre de la población y residen en su mayoría en comunidades rurales. ⁽⁴²⁾ Los estados en donde el Seguro Popular ha logrado un mayor grado de cobertura son Tabasco, Colima y Aguascalientes donde cubren a más del 60% de la población que no contaba con seguro social. ⁽⁴³⁾

⁽³⁹⁾ Ibid, p. 46.

⁽⁴⁰⁾ Idem

⁽⁴¹⁾ Ibid, p. 44.

⁽⁴²⁾ Ibid, p. 46.

⁽⁴³⁾ Secretaría de Salud, 2012.

Seguros Privados

El sector privado ofrece también programas de aseguramiento médico. Se estima que solo 3% de la población cuenta con cobertura de seguros privados de salud y frecuentemente son personas que ya están cubiertas por el sistema de seguridad social. La mitad de la cobertura de seguros privados se hacen con planes colectivos patrocinados por los empleadores los cuales pueden deducir el costo de las primas de su ingreso gravable. La mayoría de las personas que adquieren seguros privados pertenecen a los segmentos de ingresos altos y medios altos. ⁽⁴⁴⁾

Los dos principales tipos de seguros son los de gastos médicos mayores y los que brindan las instituciones de seguros especializadas en salud (ISES). Los primeros son pólizas de gastos catastróficos que cubren hospitalización y otros diagnósticos específicos. Las primas varían en función de la edad y el género del asegurado. Por su parte, las instituciones de seguros especializados en salud ofrecen productos integrados y prepagados de salud administrada como servicio de salud preventiva y fomento de la salud. Este tipo de pólizas incluye a empresas que proporcionan cobertura de aseguramiento a sus empleados con prestadores privados y a cambio reciben una reducción de sus aportaciones al IMSS bajo el mecanismo de reversión de cuotas. ⁽⁴⁵⁾

Gasto de Bolsillo y Gastos Catastróficos

Como se destacó en párrafos anteriores, el grado de cobertura formal de aseguramiento público en salud es muy bajo aunque se considere las ventajas del Seguro Popular de Salud. Esto se refleja también en el hecho de que solo 46% del gasto total en salud es público ⁽⁴⁶⁾ (en comparación con más del 70% para el promedio de la OCDE) ⁽⁴⁷⁾. El gasto privado restante corresponde al gasto de bolsillo (50% contra 3% de prepago en seguros privados de salud).

⁽⁴⁴⁾ Aguayo, 2007, p. 47.

⁽⁴⁵⁾ Secretaría de Salud, 2006, p. 88.

⁽⁴⁶⁾ Aguayo, 2007, p. 48.

⁽⁴⁷⁾ OCDE, 2005, p.49.

El alto índice de gasto de bolsillo se explica, entre otras causas por el pago directo de servicios privados con recursos propios ocasionados por la mala calidad en los servicios públicos y por los complicados trámites para acceder a los mismos. Este nivel de gastos es alarmante por sus implicaciones en la equidad y eficiencia del financiamiento de la atención en salud. Es un gasto que no permite la agregación y diversificación de riesgos, debido a que es regresivo ya que en los hogares con menores ingresos representan una proporción mayor de sus ingresos, esto genera que las familias sean expuestas a pagos excesivos que suelen ser impredecibles por la incertidumbre en la ocurrencia de alguna enfermedad o en algún accidente y finalmente el gasto de bolsillo merma la atención preventiva por que los pacientes suelen posponer la atención médica y esto implica que la enfermedad se agrava. (48)

Cuando se combina una cobertura deficiente de aseguramiento público con niveles altos de gasto directo de bolsillo en servicios de salud el resultado es un gasto catastrófico y empobrecedor que afecta principalmente a la población de ingresos más bajos.

Gastos Catastróficos por Motivos de Salud

Cuando los gastos para financiar el costo de la atención médica representan una enorme carga se dice que son catastróficos. La Organización Mundial de la Salud define a los gastos catastróficos como aquellos donde el gasto de bolsillo en salud supera 30% del ingreso de la familia (es decir la suma de los recursos disponibles una vez satisfechas las necesidades de alimentación). Existen además los gastos empobrecedores, que sin ser catastróficos representan erogaciones que llevan a la familia a la ruina financiera y la ubican en el nivel inferior del umbral de pobreza. Casos extremos son los de los grupos más pobres que no tienen dinero disponible para los tratamientos y por ende renuncian por completo al gasto en servicios de salud. (49)

Algunos estudios sugieren que cada año entre dos y tres millones de hogares mexicanos incurren en gastos catastróficos que con frecuencia provocan su empobrecimiento. Estos gastos son más comunes en los hogares de bajos ingresos no asegurados y de zonas rurales. (50) Encuestas indican que 20% de los hogares en el quintil inferior enfrentaron gastos catastróficos mientras que solo 3% lo hace en el decil más alto. De la misma manera solo 2.2% de los hogares con seguro social enfrentaron gastos catastróficos mientras que en la población no asegurada la cifra fue de 9.6% en 2004. (51)

(48) Secretaría de Salud, 2012, p. 22.

(49) Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, 2006, pp. 64-66.

(50) *Ibid*, p.64.

(51) OCDE, 2005, PP. 85-86.

c. El financiamiento del Sector Salud

El financiamiento es un aspecto fundamental que incide sobre los resultados o metas de cualquier Sistema de Salud en el mundo. Sin embargo en México existen enormes desequilibrios en el financiamiento, entre los que destacan el bajo nivel de inversión, el origen ineficiente de los recursos para financiar la salud debido al predominio del gasto de bolsillo, la distribución no equitativa de recursos entre instituciones y entre áreas geográficas, la falta de corresponsabilidad en el financiamiento de la salud entre órdenes de gobierno y el creciente destino del gasto público hacia la nómina. ⁽⁵²⁾

Por otro lado, un estudio de la OCDE sobre el sistema de salud mostro de manera puntual la importancia del financiamiento como factor determinante que impacta todo el sistema de salud sobre todo porque México atraviesa un periodo de transición demográfica y epidemiológica, con mayores presiones sobre el sistema de salud y con gasto menor que el de otros países latinoamericanos con niveles de desarrollo similares. ⁽⁵³⁾

Origen del Financiamiento

En nuestro país los fondos que se destinan a la salud tiene alguno de los siguientes orígenes: impuestos (federales o estatales), contribuciones a la seguridad social, pagos directos de bolsillo y primas de seguros privados. ⁽⁵⁴⁾

Los impuestos federales, como el impuesto sobre la renta y el impuesto al valor agregado, son una importante fuente de recursos para la política social del gobierno y, por consecuencia, para la salud. Basta mencionar que los programas de salud tienen que competir con otros programas de gobierno para la distribución de los recursos obtenidos vía impuestos.

Los impuestos estatales son otro mecanismo de recaudación de fondos para la salud aunque de mucho menor tamaño debido a que el gasto estatal en salud había sido voluntario para los gobiernos de las entidades federativas. A partir de 2004 de acuerdo con el Sistema de Protección Social en Salud es obligatorio que cada estado aporte por cada familia afiliada al Seguro Popular. ⁽⁵⁵⁾

Otro método para obtener recursos son las aportaciones anuales de las familias inscritas en el Seguro Popular (esta contribución es todavía menor debido a que la mayor parte de los inscritos no pagan cuota por pertenecer a estratos pobres) y las cuotas de recuperación por servicio de la población no asegurada (representan menos de 1 % del gasto en salud). ⁽⁵⁶⁾

⁽⁵²⁾ Secretaría de Salud, 2012, p. 21.

⁽⁵³⁾ OCDE, 2005, p. 14.

⁽⁵⁴⁾ Secretaría de Salud, 202 h, p. 21.

⁽⁵⁵⁾ OCDE, 2005, pp.51-52.

⁽⁵⁶⁾ *Ibid*, p. 21.

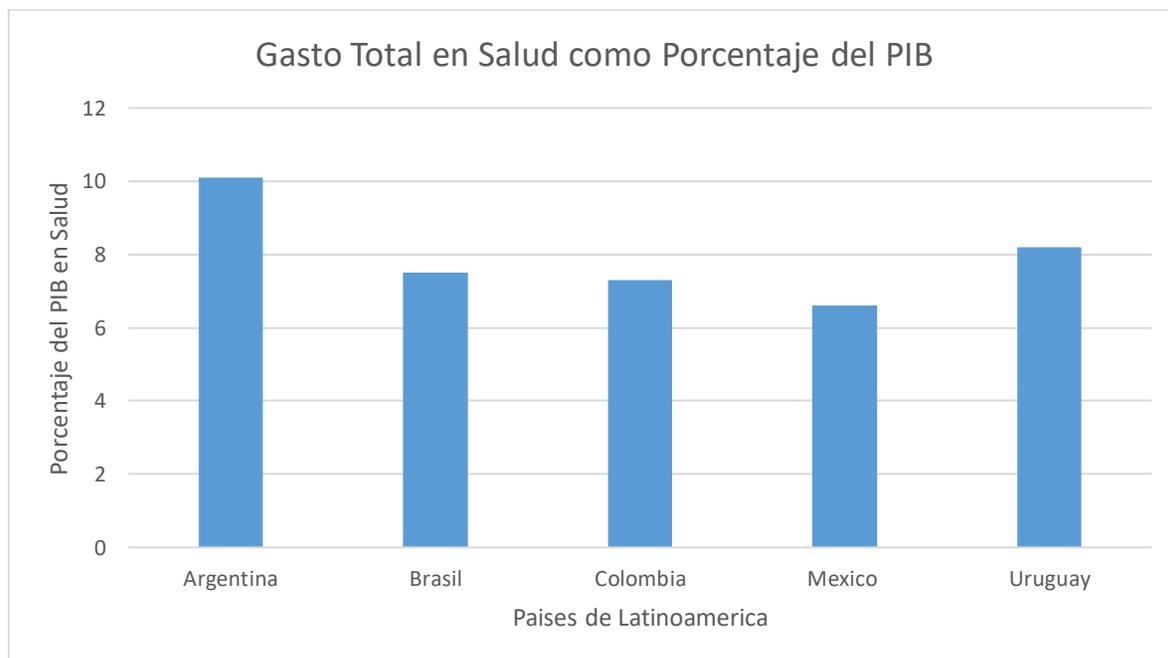
En el caso de la seguridad social, sus fondos provienen de las contribuciones obligatorias de empleados y empleadores. Se trata de recursos etiquetados que no compiten con otras prioridades de gobierno. Este origen es un importante factor que incide para que la seguridad social reciba una mayor cantidad de recursos.

En cuanto al origen de los recursos para gastos privados en salud, la mayor parte (95%) proviene del pago directo de bolsillo que hacen los pacientes a instituciones privadas. El 5% restante se obtiene por medio del pago de primas de esquemas de seguros médicos privados. ⁽⁵⁷⁾

Evolución y montos de la inversión en salud

En México la proporción del PIB que se destina a gastos en salud es asombrosamente mínima no solo en comparación con la de otros países desarrollados sino también entre países latinoamericanos con un nivel de desarrollo similar.

Grafica 9 Gasto Total en Salud como Porcentaje del PIB



Fuente: Organización Mundial de la Salud Estadísticas Sanitarias Mundiales www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table7.pdf

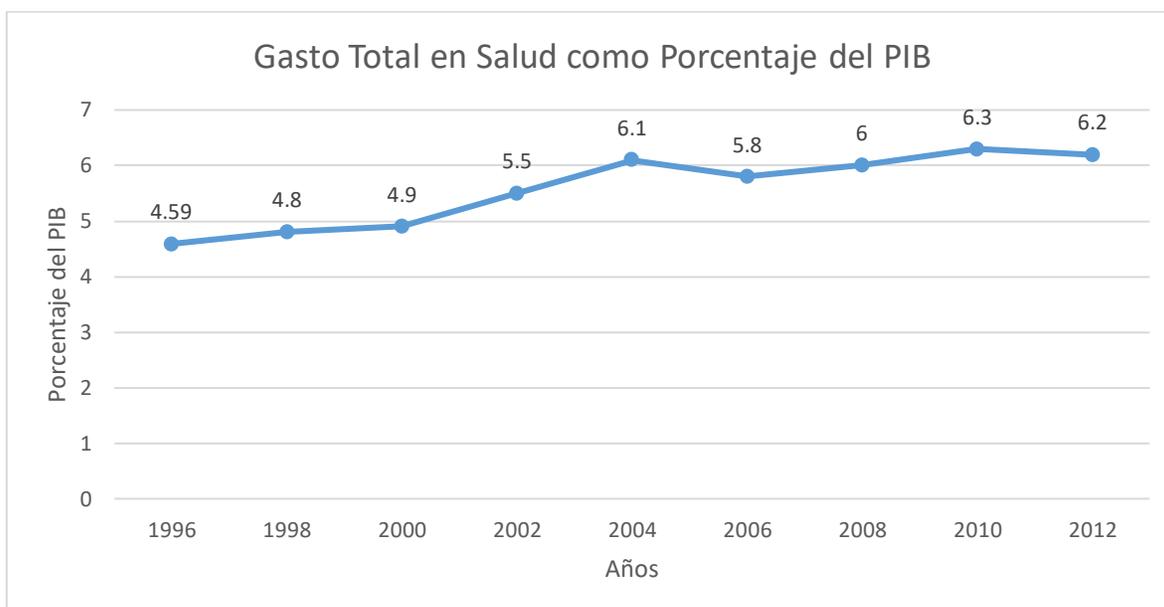
Si se compara el gasto en salud de México con respecto al de otros países de la OCDE, este es más bajo que el de Turquía y esta apenas por encima de países como Polonia, la República Checa y Corea del Sur. ⁽⁵⁸⁾

⁽⁵⁷⁾ Secretaría de Salud, 2007, p. 52.

⁽⁵⁸⁾ *Ibid*, p. 34.

Aunque la inversión en salud ha demostrado una tendencia creciente y para 2005 alcanzaba 6.5% del PIB, las deficiencias en el gasto en salud repercuten negativamente en el desarrollo del país, pues cualquier sistema de salud cuyo funcionamiento se vea afectado por bajo financiamiento debilitará la producción laboral, aumentará la carga de las enfermedades y reducirá la participación de las familias en la actividad económica, en la asistencia escolar y en el aprendizaje. ⁽⁵⁹⁾

Grafica 10 Gasto Total en Salud como Porcentaje del PIB



Fuente: Banco Mundial Gasto en Salud, total (% PIB)

<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS?locations=MX>

¹El gasto total en salud es la suma del gasto público y privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.

Evolución del gasto publico

Las debilidades del sistema de salud mexicano se explican a partir del análisis del comportamiento del gasto público en salud que en 2006 represento 43.9% del gasto total pero que sigue siendo inferior al promedio de la OCDE que alcanza el 72%. ⁽⁶⁰⁾

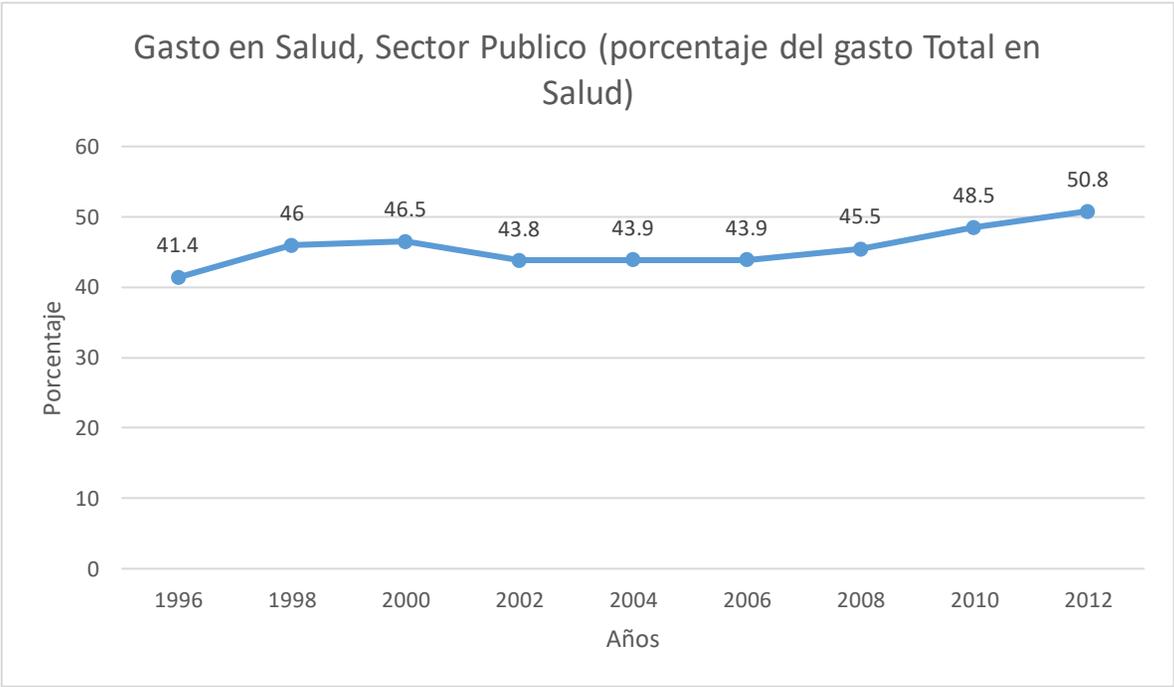
⁽⁵⁹⁾ *Ibid*, p. 18.

⁽⁶⁰⁾ *Ibid*, p. 49.

Algunos autores señalan la estrecha relación entre el gasto en salud y las fluctuaciones de la economía mexicana. ⁽⁶¹⁾ Esto se aprecia a partir de la década de los setenta, cuando el gasto alcanza una expansión sin precedentes, al promediar, tanto el gasto público como privado, un nivel superior al 5% del PIB. Sin embargo, hacia 1976 el primero se redujo gradualmente. En los ochenta, hubo una caída drástica del gasto público por las crisis económicas. Al inicio de los noventa se dio un repunte del gasto público en salud, para bajar a mediados de la década, cuando cayó el PIB nacional.

Otro indicador es la proporción que el gobierno federal destina del gasto público total a la salud ya que muestra la importancia que el gobierno da a este rubro. Pese a esto el comportamiento del gasto público en salud en términos porcentuales se ha mantenido prácticamente estacionado en los últimos años.

Grafica 11 Gasto en Salud, Sector Publico (porcentaje del Gasto Total en Salud)



Fuente: Banco Mundial Gasto en Salud, total (% PIB)
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS?locations=MX>

⁽⁶¹⁾ Zurita, 2003, p.32.

Evolución del gasto privado

En lo relacionado con el gasto privado su participación paso de 2% del PIB en 1970 a 3.5% en 2005. La organización institucional del financiamiento se da en dos grandes modalidades:

- Los métodos de financiamiento público característico del gobierno.
- Los métodos de financiamiento privado que corresponde a empresas privadas e individuos.

En México cada una de estas modalidades se distingue por su fragmentación lo que agrava la situación del financiamiento. Por el lado del financiamiento público están los subsistemas de aseguramiento social (IMSS, ISSSTE, Pemex, etc.). En una relación vertical, sin contacto entre ellos, y que solo atienden a determinados segmentos de la población (trabajadores en la economía formal y sus familias). Estos servicios se financian con recursos gubernamentales, del empleador (que en el caso del ISSSTE también son recursos del gobierno) y contribuciones de los empleadores.

La segunda división del financiamiento público corresponde a la Secretaría de Salud y a los Servicios Estatales de Salud (SESA) que atienden a la población sin seguridad y se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña parte por concepto de cuotas de recuperación. El programa IMSS-Oportunidades atiende también a la población no asegurada y obtiene sus recursos del gobierno federal.

El financiamiento que reciben las instituciones de la seguridad social, la Secretaría de Salud y los SESA se destina a sus propias clínicas, hospitales y personal, lo que significa que las funciones de financiamiento y la prestación de servicios de atención médica están estrechamente relacionados.

En cuanto al sector privado, su servicio está dirigido a las personas con recursos, se financia con pagos directos al momento de recibir la atención y con esquemas de prepago de seguros médicos privados.

Métodos de financiamiento público

El gasto público en salud se integra por las aportaciones del gobierno federal a las instituciones de seguridad social, las asignaciones presupuestales del mismo gobierno federal a la Secretaría de Salud, los recursos propios de las entidades federativas que canalizan a los servicios estatales de salud, y las contribuciones a la seguridad social vía impuestos a la nómina con una participación tanto de patrones como de trabajadores.

Para el caso de la población asegurada por el IMSS y el ISSSTE (y por otras más específicas dirigidas a ciertos sectores de trabajadores del Estado paraestatales

como Pemex o secretarías del gobierno federal como Sedena, Semar) existen mecanismos tripartitas y bipartitas de financiamiento.

En el caso del IMSS, la institución más representativa, su financiamiento es tripartita: ⁽⁶²⁾

- Federal: 13.9% del salario mínimo en 1997, actualizado por inflación.
- Patrón: 13.9% del salario mínimo en 1997. El porcentaje aumento hasta alcanzar 20.4 en 2007.
- Trabajador/patrón: varía dependiendo del salario. Si es menor a 3 salarios mínimos el trabajador no paga nada. Si es mayor a 3 salarios mínimos los trabajadores pagan 0.4% multiplicado por el salario base de aportación menos tres salarios mínimos. Los patrones pagan 1.1% multiplicado por el salario base de aportación menos tres salarios mínimos.

Este esquema de seguridad social funciona desde 1943, con prestadores de servicios integrados y se aplica a todos los trabajadores y empleados del sector privado formal.

Desde 1995 el IMSS ofrece además un esquema de financiamiento para la población no asegurada o personas fuera del sector formal de la economía que adquieren un seguro público de salud voluntario, que es administrado por el IMSS. Se trata de un esquema bipartita:

- Gobierno Federal 13.9% del salario mínimo actualizado por inflación
- Miembros de la familia primas por grupo de edad, ajustadas cada año por inflación. ⁽⁶³⁾

En segundo lugar está el ISSSTE cuyo esquema de financiamiento es de aportación bipartita:

Patrón: El gobierno Federal aporta 6.75% del salario base

Trabajadores: Aportan el 2.75% del salario base. Este mecanismo funciona desde 1960 y cubre a todos los trabajadores del Gobierno Federal. Bajo este esquema se incluyen también a los empleados de Petróleos Mexicanos (Pemex) y a los de la Armada y la Marina. ⁽⁶⁴⁾

⁽⁶²⁾ *Ibid*, p. 40.

⁽⁶³⁾ *Idem*

⁽⁶⁴⁾ *Idem*

Los fondos de la seguridad social representan 32% del financiamiento a la salud y se entregan a las instituciones como presupuesto global anual. Como ya se mencionó, cada esquema es propietario y operador de sus clínicas y hospitales con los recursos que directamente recibe. El IMSS y el ISSSTE representan 33% del total de hospitales y 12% de la atención ambulatoria. Las otras instituciones de seguridad social (Pemex, Sedena, Semar, etc.) contribuyen con 9% y 3%, respectivamente. ⁽⁶⁵⁾ Únicamente en casos de urgencia, se da atención en unidades médicas de otra institución.

El esquema de financiamiento más importante para población no asegurada es el de la Secretaría de Salud y los SESA. Su principal fuente de financiamiento es el presupuesto federal, en particular el Ramo 12 para la Secretaría de Salud y el Ramo 33, asignación que el gobierno Federal hace a los estados. Este esquema se apoya también en los recursos propios de los estados que incluyen parte del Ramo 28 del presupuesto federal y cualquier monto de recursos de los ingresos que se recauden directamente en los estados. Un tercer mecanismo de financiamiento son las cuotas de recuperación que cada entidad establece tomando como criterio principal el ingreso familiar. ⁽⁶⁶⁾ Este financiamiento representa el 13% del gasto en salud y se destina a los establecimientos de los SESA y de la Secretaría de Salud que representan 42% de los hospitales y en ellos se da 55% de la atención ambulatoria. ⁽⁶⁷⁾

Un segundo esquema para la población no asegurada, en especial la que vive en zonas rurales con alta marginación, es el de IMSS-Oportunidades que se financia con asignaciones presupuestales del gobierno federal que entrega los recursos al IMSS para que se encargue de la administración del programa. Los recursos se destinan a la operación de las unidades médicas propiedad del IMSS-Oportunidades (representan 6% del total de hospitales y 16% de la atención ambulatoria). ⁽⁶⁸⁾

El programa Oportunidades ofrece también, de manera condicionada, un componente de salud el cual es financiado por el gobierno federal. Los recursos se canalizan por medio del Ramo 12 de la Secretaría de Salud (aunque la administración del programa está a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social). Los servicios médicos se ofrecen en los establecimientos del IMSS-Oportunidades y de los SESA. ⁽⁶⁹⁾

⁽⁶⁵⁾ *Ibid*, p. 21.

⁽⁶⁶⁾ *Ibid*, p. 41, 52-53.

⁽⁶⁷⁾ *Ibid*, p. 21.

⁽⁶⁸⁾ *Ibid*, pp. 21, 41.

⁽⁶⁹⁾ *Ibid*, p. 42.

Finalmente la reforma de 2003 que estableció el Sistema de Protección Social en Salud, creó el Seguro Popular de Salud como un nuevo esquema de aseguramiento para quienes no cuentan con la protección de la seguridad social. Este esquema tiene las siguientes fuentes de financiamiento: ⁽⁷⁰⁾

- Cuota social que el gobierno federal paga en un monto equivalente a 15% del salario mínimo por cada familia que se integra al seguro.
- Aportación solidaria federal equivalente a 1.5 veces la cuota social anual por familia asegurada.
- Aportación solidaria estatal equivalente a 0.5 veces la cuota social anual para cada familia afiliada.
- Cuota familiar que se basa en una escala móvil que depende del nivel de ingreso de la familia.

Los afiliados se atienden en las clínicas de los SESA y en las unidades federales coordinadas por la Secretaría de Salud.

Cabe reiterar que los recursos gubernamentales destinados a la salud entre la población no asegurada provienen de los impuestos generales (Impuesto al Valor Agregado e Impuesto sobre la Renta), otros impuestos como pago de servicios y renta petrolera.

Método de financiamiento privado

La modalidad de financiamiento privado representa en México 54% del gasto total en salud y opera bajo los esquemas de seguros médicos privados contratados bien sea por empresas privadas o individuos o el esquema de gasto de bolsillo o pago directo por servicio. ⁽⁷¹⁾

El primer esquema representa solo entre 3% y 4% del mercado de bienes y servicios en salud e incluye los de gastos médicos mayores y los que ofrecen las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) en una variante similar al de las Organizaciones de Salud Administradas.

Los seguros de gastos médicos mayores son pólizas de gastos catastróficos que se adquieren con anterioridad a tener un padecimiento médico. Las primas varían en función de la edad y género así como por las condiciones de salud. Sus principales clientes están entre la población con altos ingresos. La mitad de la cobertura es por medio de planes colectivos patrocinados por los empleadores, quienes los deducen de sus ingresos.

⁽⁷⁰⁾ *Ibid*, pp. 138-139.

⁽⁷¹⁾ Secretaría de Salud, 2012, p. 52.

Los seguros de gastos médicos tienen copagos o deducibles y su costo puede reducirse si los asegurados acuden a una red determinada de prestadores de servicios de salud. Las aseguradoras reembolsan de manera directa por los servicios prestados a las instituciones del sector privado en los que los asegurados fueron atendidos. ⁽⁷²⁾

Las ISES proporcionan esquemas de productos integrados y prepagados de salud que incluyen servicios de salud preventiva y fomento de la salud. Estas primas tienen costos elevados y su participación en el mercado de aseguramiento privado es todavía menor. ⁽⁷³⁾

Finalmente está el llamado “gasto de bolsillo” el cual destaca de manera abrumadora en términos de flujos de financiamiento privado. Consiste en pagos directos de los pacientes que llegan a representar hasta 51% del gasto en salud. En esta modalidad, las personas pagan a instituciones y profesionales privados en efectivo y con sus propios recursos. ⁽⁷⁴⁾

Asignación de fondos o recursos

La asignación de recursos entre regiones, instituciones, diferentes servicios de atención en salud, etc., determinan la eficiencia de los resultados. Desde otro enfoque, se refiere también a eficiencia distributiva porque no todo el gasto en salud ofrece los mismos resultados. La eficiencia puede entenderse como la asignación de recursos que financian intervenciones que permiten obtener mayores beneficios en salud para toda la población.

En México el gasto público se caracteriza por la desigual distribución del financiamiento entre las instituciones de la seguridad social y las de la población abierta a pesar de que atienden a un número similar de personas. ⁽⁷⁵⁾ En 2002 los fondos para la seguridad social representan 32% del financiamiento de la salud contra 13% para la población no asegurada. ⁽⁷⁶⁾ El gasto per capita en salud es un indicador contundente. En 2005 el gasto per cápita en población asegurada alcanzaba 3,033 pesos contra 1,539 pesos en la población sin seguridad social. ⁽⁷⁷⁾

⁽⁷²⁾ OCDE, 2005, p. 47.

⁽⁷³⁾ *Idem*

⁽⁷⁴⁾ Secretaría de Salud, 2012, p. 22.

⁽⁷⁵⁾ Arzoz y Knaul, 2003, pp. 185-193

⁽⁷⁶⁾ OCDE, 2005, p. 21.

El desglose del gasto por institución muestra que 64% de los recursos se destina a la seguridad social (IMSS 52%, ISSSTE 9% y Pemex 3%). La participación mayoritaria del IMSS obedece al alto número de trabajadores en el sector privado con respecto a los trabajadores del Estado, aunque la institución con mayor gasto per cápita en salud es Pemex con un promedio de 11,000 pesos contra 3,600 en el IMSS y 3,000 en el ISSSTE. La aportación per cápita en los afiliados al Seguro Popular es de 2,000 pesos aproximadamente 1,200 en los SESA y 800 en IMSS-Oportunidades. ⁽⁷⁷⁾

La asignación de recursos también muestra las diferencias por entidades federativas los estados con bajos índices de marginación son los que reciben más recursos. El gasto público per cápita de la población del Distrito Federal en 2005 era de 6,000 pesos aproximadamente mientras que la de Puebla era de 1,500 pesos aproximadamente.

Gasto Publico en Salud Por Entidad Federativa				
Entidad Federativa	Millones de Pesos	Per cápita (pesos)	% del PIB Estatal	% del Gasto Público Total
Distrito Federal	53,293.8	6,045.9	3.2	11.0
Estado de México	18,324.9	1,248.9	2.5	26.5
Jalisco	14,955.0	2,194.5	3.1	34.4
Veracruz	13,165.1	1,804.4	4.4	14.7
Nuevo León	11,096.4	2,615.5	2.1	27.2
Quintana Roo	2,379.2	2,179.8	2.0	25.0
Nayarit	2,243.2	2,248.5	5.5	22.9
Baja California Sur	1,871.6	3,723.7	4.3	20.5
Tlaxcala	1,835.0	1,711.3	4.5	23.8
Colima	1,809.9	3,060.6	4.5	14.1

Fuente: Aguayo, 2007 Elaboración propia

En México el gasto público da prioridad a la atención curativa, es decir, una vez que las personas se encuentran enfermas. En el caso del IMSS los hospitales de segundo y tercer nivel captan 75% del presupuesto de la institución. En el ISSSTE la cifra es de 69%. El gasto del gobierno para la población no asegurada alcanza el 43%. Este gasto tiene un efecto negativo sobre la eficiencia y eficacia del sistema de salud ya que una mayor inversión en prevención y atención primaria lograría una mejor eficiencia distributiva al ser intervenciones altamente costo efectivas que se pueden prestar en un mayor número de unidades médicas.

⁽⁷⁷⁾ Secretaría de Salud, 2012, p. 77.

En la asignación de recursos del Sistema de Salud una preocupación constante es el monto que se destina a sostener el aparato administrativo en detrimento del gasto destinado directamente a la promoción o atención de salud. En 2004 fue de aproximadamente 20% del gasto público. El IMSS gasta hasta 27% de su presupuesto en actividades administrativas, contra 16% de la Secretaría de Salud y 10% del ISSSTE. ⁽⁷⁸⁾ En cuanto a la distribución del gasto federal en 2006 alrededor de 9% correspondió a inversión, 63% a servicios y 28% a gastos de operación. ⁽⁷⁹⁾

Las necesidades de salud por parte de la población, en países ricos o pobres, siempre serán superiores a los recursos públicos y privados disponibles para atenderlas. Si las demandas de salud son superiores a la capacidad de los sistemas de salud es inevitable considerar algún grado de racionamiento en el sistema de salud. ⁽⁸⁰⁾

En el caso del financiamiento se trata de un problema de priorización que debe fijar límites a los servicios que el sistema puede pagar. No se trata de una tarea sencilla porque idealmente la priorización se debe hacer tratando de conciliar diferentes criterios como el costo-efectividad de los tratamientos, la continuidad en la atención, el cumplimiento con las normas ético-médicas, la aceptación social y la disponibilidad de infraestructura.

Cualquier método de racionamiento tiene consecuencias sobre la equidad en las condiciones de salud, en la protección financiera y en la satisfacción del paciente. Por ejemplo, en el caso de México el sistema de salud público parecería darle mayor prioridad a la población con seguridad social que a la no asegurada ya que el gasto por persona para esta última es mucho más limitado.

Pero desde el punto de vista del racionamiento y priorización algo más importante que la situación anterior (que es el resultado de un conjunto de factores sociales, políticos e históricos) es la decisión explícita de cuáles servicios se deben financiar y cuanto pagar.

⁽⁷⁸⁾ Secretaría de Salud, 2012, p. 169.

⁽⁷⁹⁾ Secretaría de Salud, 2012, p. 52.

⁽⁸⁰⁾ Hsiao, 2003, p.10.

En el caso de los sistemas de seguridad social, así como para la población abierta no hay un paquete de servicios o una lista específica de lo que se cubre. La Ley General de Salud y las leyes de seguridad social establecen un derecho genérico a la atención médica. Esto significa que se da protección financiera a los servicios que se prestan en cada establecimiento. En este caso el racionamiento se da no tanto por la cobertura del financiamiento sino por la disponibilidad de acceso a los recursos del sistema de salud, tiempos de espera, limitaciones a los derechos de los pacientes para seleccionar a su médico y disponibilidad de medicamentos, entre otros. Para la seguridad social no hay reparto de costos (copagos) y para los servicios de la Secretaría de salud solo se pide una pequeña cuota de recuperación que está sujeta al ingreso familiar. ⁽⁸¹⁾

En el caso del Seguro Popular se buscó crear una priorización explícita de las intervenciones con el propósito de asignar recursos de manera más eficaz. Entre los varios criterios para definir los servicios esenciales destacan:

- Las acciones de prevención y promoción de la salud durante la línea de vida, así como las relaciones con diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que tienen que ver con las necesidades de salud derivadas del perfil epidemiológico del país.
- La sustentabilidad financiera del sistema.
- La secuencia y el nivel de atención médica de los servicios, según la capacidad resolutoria de las instalaciones médicas y las necesidades de atención individuales.
- Los medicamentos asociados a los tratamientos, los cuales deberán estar incluidos en el Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos del Sector Salud. ⁽⁸²⁾

Con estas y otras consideraciones se creó un catálogo de intervenciones para el Seguro Popular que incluye 250 servicios básicos de primer y segundo nivel, así como algunas intervenciones de alto costo en el tercer nivel de atención. Al día de hoy no aplican copagos aunque la ley contempla la posibilidad de aplicarlos. También dentro del programa del Seguro Popular se elaboró un manual para el proceso de priorización de intervenciones de alto costo y así identificar las enfermedades que originan gastos catastróficos. ⁽⁸³⁾

⁽⁸¹⁾ OCDE, 2005, pp. 40-42.

⁽⁸²⁾ Secretaría de Salud, 2006, p. 245.

⁽⁸³⁾ *Ibid*

En el caso del sector privado la variable principal de racionamiento es el precio. La capacidad de pago se vuelve fundamental para la atención de la salud. Es por ello que los grupos con más recursos tienen acceso a un mayor nivel de aseguramiento y a servicios de mayor calidad. En el lado opuesto están los grupos más pobres que ante la falta de recursos, optan por no acudir a ningún tipo de servicio de salud.

Por lo que se refiere al aseguramiento privado, los seguros de gastos médicos mayores dan protección financiera solo para gastos catastróficos, hospitalización, urgencias y especialidades de tercer nivel. Ofrecen diferentes tipos de planes de seguros de gastos médicos con diversos niveles de cobertura y cuyas primas varían según la elección del plan. Las instituciones de Seguros Especializados en Salud, en cambio, ofrecen cobertura sobre todo en el área preventiva y de atención primaria.⁽⁸⁴⁾

d. Diagnóstico del sector salud

En México históricamente la meta de los sistemas de salud ha sido la de mejorar y/o elevar los estándares de salud de la población. A partir de 1925 en distintos instrumentos legislativos se reconoce a la protección de los riesgos que afectan a la salud, la cobertura de los servicios de salud y la aprobación pública de dichos instrumentos, como metas de un sistema que se concentró en la relación laboral como eje principal y en programas periféricos para los campesinos.

Las condiciones generales de salud de la población mexicana han mejorado sustancialmente, aunque no de manera suficiente, como resultado de la combinación de múltiples factores económicos políticos y culturales entre los que destacan el ingreso, la educación, la alimentación y el medio ambiente. Han influido también la calidad y la eficacia de la atención en salud.

La transición epidemiológica (dramática reducción de enfermedades contagiosas e infecciosas frente al significativo aumento de las cardiovasculares, diabetes y tumores malignos significa un avance en el estado de salud de la población en general). Actualmente el reto es la coexistencia de enfermedades propias de la pobreza, con nuevos problemas relacionados con el crecimiento de las enfermedades crónicas y las propias de la vejez.

El sistema de salud mexicano ha evolucionado desde los años treinta y actualmente los recursos de instalaciones, tecnología, medicamentos y humanos son públicos en más de 60%. El gasto total en salud de 6.5% del PIB resulta uno de los más bajos de los países pertenecientes a la OCDE la cual tiene un promedio de 7.3%. El gasto privado en salud asciende a 53% del total en comparación con menos 30% para el promedio de la OCDE.

(84) OCDE, 2005, p. 47.

En el financiamiento de los servicios de salud privado, el propio sector privado cuenta con programas de financiamiento en alianza con bancos. Solo 5% de la población cuenta con cobertura de seguros privados de salud y frecuentemente son personas que ya están cubiertas por el sistema de seguridad social.

El índice de cobertura de aseguramiento de salud de 51.5% se compara desfavorablemente con la mayoría de los países de la OCDE en donde más de 95% de la población tiene algún tipo de seguro de salud. Se estima que 33% de la población tiene acceso a aseguramiento en salud por medio de los sistemas de seguridad social dependientes de la estructura del mercado laboral mexicano, misma que es totalmente vulnerable a los desplazamientos del empleo hacia el sector informal.

De la población, que en su gran mayoría no está asegurada, 49% tiene acceso a los servicios médicos a través de la Secretaría de Salud y de los servicios estatales de salud (SESA) con excepción del Seguro Popular ya sea bajo un sistema de cuotas en función del ingreso a personas de zonas rurales, grupos urbanos marginados y algunos segmentos de la seguridad social, o bien sin contribución alguna a través de otros programas públicos tales como el programa Oportunidades, para la población no asegurada de zonas de gran dispersión y pobreza.

Existe un grave desajuste entre el sistema de salud y las necesidades de salud de la población especialmente en términos de cobertura y financiamiento ya que el acceso al sistema más desarrollado solo se logra a través del empleo formal. Esto se manifiesta en que una gran parte de la población (cerca del 50%) no está cubierta por las instituciones de seguridad social por lo que depende de los servicios disponibles para la población abierta. La cobertura está estrechamente relacionada con el ingreso: cerca de 12% de la población en el quintil más bajo del ingreso está asegurada mientras que más de 60% lo está en el quintil más alto.

La distribución del gasto total en salud entre estados y grupos poblacionales (asegurados y no asegurados) refleja las graves inequidades del sistema de salud. El gasto per cápita en la población asegurada es dos veces mayor que el gasto en población sin seguridad social. Las diferencias entre instituciones son grandes: la población amparada por Pemex recibe en promedio alrededor de 11 mil pesos por persona, mientras que la del programa IMSS-Oportunidades alrededor de 800 pesos.

El modelo de salud en México tiene las siguientes características:

- El Sistema de Salud se divide en tres sectores que corresponden a segmentos diferentes de la población: sector público, sector de seguridad social y sector privado.
- La población está dividida en dos grandes grupos: los de escasos recursos (rurales y urbanos excluidos de la seguridad social) y los que tienen capacidad de pago, que se subdividen entre los que están asegurados o

pertenecen a la economía formal y los que no tienen seguridad social pero que tienen amplia capacidad de pago de su propio bolsillo y que son atendidos por el sector privado.

- Las autoridades de salud ofrecen servicios o atención al sector de la población que no está protegido por la seguridad social y que no tiene capacidad de pago.
- Es un modelo con segregación horizontal que canaliza a los diversos segmentos de población a diferentes instituciones.
- Las instituciones del sector público están integradas de manera vertical, llevan a cabo todas las funciones, y están enfocadas a un grupo de población específico.

El sistema de salud adolece de dos problemas estructurales: la segmentación y las prácticas monopólicas. En cuanto al primero, el sistema de salud en principio parecería equilibrar el modelo público unificado y el modelo privado, sin embargo, por una parte, la unificación, del modelo público no existe principalmente por el divorcio estructural entre una seguridad social orientada al empleo formal y la atención general de salud dependiente de los impuestos y, por otra, no existe articulación alguna entre los prestadores públicos privados.

Los mecanismos de pago que se utilizan en el sistema de la salud se convierten en instrumentos de control para la provisión eficiente y eficaz de servicios de salud que canalizan a individuos y organizaciones en una dirección determinada. Básicamente se pueden distinguir dos grandes categorías de incentivos de pagos en el Sistema de Salud: los de los consumidores de servicios y los de los proveedores.

A lo anterior se agrega el elevado gasto de bolsillo por el pago de servicios médicos que trasladan a los individuos y sus familias todos los riesgos y la carga financiera desalienta la prevención y se convierte en un gasto regresivo y además no permite la diversificación de los riesgos.

3. Participación del sector asegurador en el sistema financiero y el sector salud

a. Participación de gastos médicos dentro del sector asegurador

El sector privado ofrece también programas de aseguramiento médico. Se estima que solo 3% de la población cuenta con cobertura de seguros privados de salud y frecuentemente son personas que ya están cubiertas por el sistema de seguridad social. La mitad de la cobertura de seguros privados se hace con planes colectivos patrocinados por los empleadores los cuales pueden deducir el costo de las primas de su ingreso gravable. La mayoría de las personas que adquieren seguros privados pertenecen a los segmentos de ingresos altos o medios altos.

Los dos principales tipos de seguros son los de gastos médicos mayores y los que brindan las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). Los primeros son pólizas de gastos catastróficos que cubren hospitalización y otros diagnósticos específicos. Las primas varían en función de la edad y el género del asegurado. Por su parte las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud ofrecen productos integrados y prepagados de salud administrada como servicios de salud preventiva y fomento de la salud. Este tipo de pólizas incluye a empresas que proporcionan cobertura de aseguramiento a sus empleados con prestadores privados y a cambio reciben una reducción de sus aportaciones al IMSS bajo el mecanismo de “reversión de cuotas”.

b. Cobertura características y alcances del seguro de gastos médicos mayores

Las autorizaciones para organizarse, operar y funcionar como Institución de Seguros o Sociedad Mutualista, se referirán a una o más de las siguientes operaciones y ramos de seguro.

- Vida
- Accidentes y enfermedades, en alguno o algunos de los ramos siguientes:
 - a) Accidentes personales;
 - b) Gastos médicos, y
 - c) Salud, y
- Daños, en alguno o algunos de los ramos siguientes:
 - a) Responsabilidad civil y riesgos profesionales;
 - b) Marítimo y transportes;
 - c) Incendio;
 - d) Agrícola y de animales;
 - e) Automóviles;
 - f) Crédito;
 - g) Caución;
 - h) Crédito a la vivienda;
 - i) Garantía financiera;
 - j) Riesgos catastróficos;
 - k) Diversos, y

l) Los especiales que declare la Secretaría, conforme a lo dispuesto por el artículo 28 de esta Ley. ⁽¹⁾

ARTÍCULO 27.- Los seguros comprendidos dentro de la enumeración de operaciones y ramos señalados en los artículos 25 y 26 de esta Ley, son los siguientes:

IV. Para el ramo de gastos médicos, los contratos de seguro que tengan por objeto cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado, cuando se hayan afectado por causa de un accidente o enfermedad. Las Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas autorizadas para operar este ramo, podrán ofrecer como beneficio adicional dentro de sus pólizas, la cobertura de servicios de medicina preventiva, sólo con carácter indemnizatorio.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Ley de Instituciones de Seguro y Fianzas Publicada en el DOF el 04 abril 2013

Gastos Médicos

“Los contratos que tengan por objeto cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado, cuando se hayan afectado por causa de un accidente o enfermedad”.

Salud

“Los contratos que tengan como objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado”.

También se distinguen por la forma de contratación de los proveedores médicos.

Para efectos de este Reglamento se entenderá por:

Aseguradora: A las instituciones o sociedades mutualistas de seguros autorizadas conforme a lo establecido en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros;

Contratante: A la persona física o moral que celebre el contrato de Seguro de Grupo o Seguro Colectivo con una Aseguradora;

Grupo o Colectividad: A cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro;

Seguro Colectivo: Al contrato de seguro cuyo objeto sea el de asegurar a un Grupo o Colectividad contra riesgos propios de la operación de accidentes y enfermedades prevista en los artículos 7o., fracción II y 8o., fracciones III, IV y V de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. ⁽²⁾

Tipos de seguros

Nacionales

Se tienen varias clasificaciones por el tipo de hospital al cual se puede acceder normalmente se tiene hospitales de primer nivel como son: Angeles, ABC de un nivel intermedio por ejemplo clínica Londres y de bajo nivel o de poca tecnología.

⁽²⁾ Reglamento del Seguro de Grupo para la operación de Accidentes y Enfermedades publicada el 20/07/2009.

Internacionales

Se tiene cobertura en México y en el extranjero y en los mejores hospitales con deducibles y coseguros generalmente en dólares.

Existen algunas otras características que definen el tipo de seguro:

- Tabulador de honorarios médicos
- Suma Asegurada, Deducible, Coaseguro
- GM Mayores y menores
- Coberturas especiales (sobre todo en seguros de grupo)
 - Preexistencia
 - Queratotomía, lentes
 - Parto normal

En general la cobertura básica incluye:

- Hospitalización
- Honorarios médicos (cirujano, anesthesiólogo, ayudantes, consultas médicas, ...)
- Estudios de laboratorio y gabinete
- Medicamentos
- Materiales, equipo ortopédico, prótesis, ...
- Ambulancia, etc.

Periodos de espera:

Padecimientos de relativa frecuencia, de difícil detección durante la suscripción y cuyo tratamiento puede ser diferido durante algún tiempo sin representar mayor riesgo para el paciente.

- Padecimientos ginecológicos
- Hernias, hemorroides, venas varicosas
- Amígdalas y Adenoides
- Nariz y senos paranasales
- Vesícula (litiasis), apéndice

Exclusiones

- Preexistencia

- Tratamientos de obesidad, calvicie, infertilidad
- Procedimientos estéticos
- Trastornos del sueño, de la conducta o del aprendizaje
- Toxicomanías
- Actos de guerra, rebelión, insurrección, etc.
- Check-up's (exámenes para comprobar el estado de salud)
- Complicaciones de padecimientos excluidos

Coberturas adicionales

- ✓ Emergencia en el extranjero
 - Cubre los gastos en el extranjero hasta que el paciente sea estabilizado (límites, exclusiones)
- ✓ Cobertura amplia en el extranjero
 - El paciente puede elegir tratarse en un hospital y con médicos del extranjero (límites)
- ✓ Enfermedades graves
 - Producto específico o ampliación de cobertura en el extranjero
 - Trasplante de órganos, Cáncer, Enfermedades Cardiovasculares, Enfermedades Neurológicas, Politraumatismos, etc.
- ✓ Exención de pago de primas por fallecimiento del titular
 - Sus dependientes económicos quedan asegurados por un plazo (generalmente 5 años)
- ✓ Maternidad y sus complicaciones
 - En grupo, con límites específicos
- ✓ Otros (principalmente grupo)
 - Tabulador más amplio
 - Dental
 - Oftalmológicos (lentes, queratotomía, ...)
 - Diferentes tipos de preexistencia
 - Coberturas de Accidentes Personales y Vida

Conceptos especiales

- Reconocimiento de antigüedad vs periodos de espera y preexistencia
- Cambio de compañía aseguradora
- Continuidad de cobertura, derecho a seguro individual, rehabilitaciones
- Período de beneficio

c. Diagnóstico de la participación del sector asegurador en el sector salud

Los sistemas de salud deben considerarse con base en la interacción y relación que se da entre las instituciones de salud y la población usuaria. Así se pueden distinguir tres funciones generales que caracterizan a los sistemas de salud; regulación, modulación, financiamiento y prestación de servicios. Incluso se puede decir que por la forma en que estas funciones se integran se determina el modelo de salud.

Las instituciones que forman parte del sistema de salud pueden estar integradas verticalmente. Esto quiere decir que una misma institución lleva a cabo todas las funciones (modulación, financiamiento y prestación). Por el contrario la integración horizontal se refiere a que las funciones están separadas y se llevan a cabo en distintas instituciones.

Los diferentes grupos de población se clasifican según el grado de acceso a la atención. Pero se pueden presentar dos situaciones extremas: la primera de segregación de segmentos de la población en diferentes instituciones, y la segunda, de integración horizontal cuando todos los grupos de una población pueden ser atendidos en las mismas instituciones.

El modelo que corresponde a México tiene las siguientes características:

- Está dividido en tres sectores que corresponde a tres segmentos diferentes de la población: sector público, sector de seguridad social y sector privado.
- La población está dividida en dos grandes grupos: los de escasos recursos (rurales y urbanos excluidos de la seguridad social); y los que tienen capacidad de pago, que se subdividen entre los que están asegurados o pertenecen a la economía formal y los que no tienen seguridad social pero que tienen amplia capacidad de pago de su propio bolsillo y que son atendidos por el sector privado.
- Aunque en los últimos años las autoridades han ofrecido servicios de salud al sector de la población que no está protegido por la seguridad social pero que tampoco tiene capacidad de pago.
- El modelo de salud mexicano es un modelo con segregación horizontal que canaliza a los diversos segmentos de población a diferentes instituciones.
- Las instituciones del sector público están integradas de manera vertical, llevando a cabo todas las funciones y están enfocadas a un grupo de población específico.

Una importante decisión en materia de macro organización del sistema de salud es la opción de apoyarse en el monopolio público o en la competencia entre proveedores públicos y privados para la prestación de los servicios de salud.

En México esta relación ha tenido cambios relevantes. En las primeras décadas del siglo XX no existía propiamente un sistema de salud gubernamental con financiamiento y prestación de servicios. Los proveedores privados ejercían su profesión y eran consultados y remunerados directamente por sus pacientes.

A final de la década de los treinta y particularmente durante la década de los cuarenta con la creación del IMSS y la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la participación del estado adquirió tal relevancia que lo llevo a la creación de un sistema de salud cuyas características estructurales persisten hasta el día de hoy.

El sector privado tiene también una presencia preponderante en el financiamiento (más de % del gasto en salud tiene origen privado) y en la prestación de servicios (a través de clínicas, aseguradoras, profesionistas, laboratorios, farmacias, escuelas, etc.). En esta categoría se incluye a instituciones con fines de lucro, a las asociaciones no lucrativas y a particulares que ofrecen bienes y servicios en salud.

El sistema mexicano de salud pública tiene características monopólicas al no enfrentar ninguna competencia en el financiamiento ni en la oferta de servicios. Las instituciones de la seguridad social obtienen sus recursos por medio de aportaciones obligatorias, mientras que los servicios para la población asegurada reciben presupuestos anuales que se determinan sobre costos históricos y por la disponibilidad de recursos.

En ninguno de los dos sistemas la competencia por los recursos se basa en criterios de eficacia, calidad en la atención u otros indicadores de desempeño. Los pacientes de la seguridad deben atender exclusivamente en la institución de afiliación, mientras que la población no asegurada no tiene cabida en los servicios de la seguridad social. También lo relativo a la elección del proveedor y del médico es muy limitada.

Lo anterior es consecuencia del arreglo institucional que integra las funciones de regulación, financiamiento y prestación de servicios en la misma institución. Así cada institución es propietaria y administradora de sus establecimientos, emplea su propio personal y atiende a un público determinado. Esta situación, aunada a la fragmentación del sistema propicia que los prestadores de servicios puedan incurrir en prácticas monopólicas al tener pocos incentivos para mejorar la cantidad y calidad de los servicios.

En este contexto se podría suponer que el sector público compite con el sector privado ya que las personas ya que las personas optan por atenderse en clínicas privadas en lugar de acudir a las del sistema público de salud. Sin embargo, en una práctica ineficiente y poco competitiva, ya que buena parte de este gasto lo hacen

los pacientes de su bolsillo. De este modo se hace un doble pago pues además de la contribución al servicio público, mismo que no utilizan, deben pagar los servicios privados.

El sector privado por su parte, tiene una participación destacada en la prestación de servicios médicos, además de que interviene también en el ámbito de la salud por medio del mercado de seguros, la producción, venta y distribución de tecnología y medicamentos. A pesar de que su presencia es evidente, los servicios privados son muy variados en tamaño e infraestructura, así como en la calidad de la atención.

Las relaciones al interior del sector privado lucrativo son de tipo mercantil, con competencia entre proveedores. Con el paso de los años se han sofisticado hasta conformar grupos de especialistas en centros específicos y redes de hospitales de prestigio. La competencia al interior del sector se ha intensificado. Un ejemplo es la creación de Instituciones de Seguros Especializadas en Salud que compiten con los servicios que ofrecen los hospitales privados. Por el lado del financiamiento, decenas de aseguradoras ofrecen esquemas de aseguramiento médico para la población con capacidad de pago.

A pesar de lo anterior, la iniciativa privada se encuentra limitada debido en gran medida a la ausencia de una regulación clara que limita su contribución a la equidad, calidad, eficiencia, competitividad y protección financiera en materia de salud. Asimismo, existe una gran diferenciación según la población que atienden y la ubicación geográfica de los productos y servicios que ofrecen. Pese a la competencia. Las ISES y los seguros de gastos médicos no han logrado aumentar sus índices de afiliación y cobertura de manera relevante.

El complejo panorama en el que están inmersos, tanto el sector público como el privado (lucrativo y no lucrativo) está estrechamente relacionado con las tres funciones básicas de regulación, financiamiento y provisión de servicios.

En lo relativo a la regulación, es el sector público el que establece las reglas generales de participación y vigilancia del sistema de salud. El privado participa por medio de consejos o mecanismos de financiamiento como las aseguradoras. Por su parte el sector civil ha establecido mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas. Las asociaciones profesionales participan también con la formulación de reglas y cuentan con mecanismos que vigilan el desempeño de la práctica médica.

Las instituciones públicas participan del financiamiento creando fondos de seguridad social y transfiriendo lo recaudado vía impuestos a actividades de salud. El sector privado lo hace a través del pago de bolsillo por servicios prestados y seguros médicos privados. El sector civil crea fondos para la salud sin fines de lucro con aportaciones nacionales e internacionales, públicas y privadas.

Los tres sectores cuentan con unidades de atención de primero, segundo y tercer nivel que en el caso del sector privado suelen no estar articuladas, mientras que en el sector público se integran en redes.

Funciones del Sistema de Salud y Participación del Sector Público y Privado

Publico	Privado	Civil
Regulación		
Estatutaria, Definición de reglas de participación y vigilancia de salud.	Lleva a cabo funciones que el estado delega o mediante mecanismos financieros como las aseguradoras.	Participación en mecanismos para el seguimiento de programas y de rendición de cuentas.
Financiamiento		
Transferencia de fondos federales y estatales provenientes de los impuestos. Apoyo a la conformación de fondos de seguridad social.	Pago de bolsillo por servicios prestados. Esquemas de aseguramiento basados en cálculos actuariales y/o esquemas de prepago.	Fondos privados, públicos de organismos internacionales, dependiendo del tipo de institución: académica, ONG, Asociaciones Civiles, etc. Se trata de organizaciones sin fines de lucrativas.
Prestación		
Red de unidades de atención en instituciones públicas y de seguridad social.	Consultorios privados y unidades privadas de atención en todos los niveles.	Unidades de atención privadas sin fines de lucrativos. Generalmente de primer o segundo nivel, que se encargan de acciones locales.

A partir de la década de los ochenta la preocupación común de varios países ha sido mejorar el desempeño y la eficiencia de los sistemas de salud. Los llamados procesos de reformas estructurales han tenido como prioridad la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud para lograr mayor eficiencia y equidad. La Organización Mundial de la Salud ha reconocido que la industria privada tiene el potencial para realizar acciones en favor de la salud de las poblaciones por lo que recomienda a los gobiernos fortalecer las relaciones de colaboración.

En el caso de México ha surgido una tendencia que considera que el sector salud no solo debe incluir al sector publico sino que se debe alentar una mayor participación del sector privado en el mercado de bienes y servicios en la salud. El propósito es lograr un uso óptimo de la infraestructura existente y así promover una sana competencia entre prestadores públicos y privados que tengan como punto de partida la calidad de la atención.

Ahora bien, a diferencia de lo que ha sucedido en otros sectores económicos, la privatización en materia de salud no se ha promovido como la transferencia de la propiedad de los activos públicos al sector privado, sino como la socialización de los servicios de la medicina privada. El objetivo central es aumentar la competencia, la cantidad y disponibilidad de servicios, además de promover la calidad y eficiencia en la atención en salud.

Con este propósito han surgido iniciativas de colaboración público-privada en la prestación de servicios de salud. Proveedores privados son subcontratados por instituciones públicas para la prestación de servicios específicos, como atención de urgencias, servicios paraclínicos y hospitalarios.

Recursos del sector privado

En el panorama de la salud en México destaca un amplio sector privado que opera con fines de lucro o lo que se podría definir como la iniciativa privada (IP) operando en el sector salud. Bajo esta modalidad se incluyen desde empresas prestadoras directas de servicios (consorcios, grupos, hospitales y clínicas privadas), laboratorios clínicos, proveedores de medicamentos, insumos y tecnología médica, hasta empresas intermediarias como las Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES) y profesionistas independientes.

Por otro lado existen también instituciones, asociaciones, u organismos nacionales e internacionales que son propietarios de instalaciones y equipamiento pero que operan sin ánimo de lucro. A este tipo de organizaciones civiles y/o no gubernamentales entre las que destaca la Cruz Roja.

El sector privado está integrado por más de 3,000 unidades médicas que representan 13% del total (esta cifra no incluye un número indeterminado de consultorios privados). En 2005 el número de hospitales privados era de 3,082 con 30% del total de camas censables del país. Cerca de 70% tienen menos de 10 camas y solo 6.2% cuentan con más de 25. La disponibilidad de hospitales privados también varía ya que en los estados más ricos hay más unidades privadas, casi una tercera parte de los hospitales con más de 50 camas se ubican en la Ciudad de México.

Aunque no se tiene información exacta sobre el número de recursos humanos se estima que una cuarta parte del total de profesionales médicos y de enfermería trabaja en el sector privado. Se calcula que este sector asciende a poco más de 55 mil médicos y 37 mil enfermeras y que hay más especialistas que en el sector público, aunque un gran número de estos trabajan en ambos sectores.

En la medida en que la iniciativa privada ha adquirido mayor presencia en el sector de la salud, ha trasladado sus modalidades de operación características del conjunto de la economía. De las empresas privadas individuales (hospitales,

clínicas, laboratorios, empresas aseguradoras) ha transitado hacia consorcios y grupos.

En los últimos años se han dado innovaciones de la inversión privada en salud. Destaca la creación de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud en el campo del aseguramiento en salud e intermediación entre usuarios y prestadores directos de servicios.

Es importante aclarar que el aumento en la participación privada en salud no ha significado, como en otras áreas de la economía, la privatización en términos de propiedad, gestión, finanzas y control de los activos en salud que tiene el sector público. El modelo que se ha impulsado ha sido la incorporación de la participación privada como alternativa para desmonopolizar la prestación de servicios de salud y fomentar la competencia en la oferta médica.

En cuanto al sector civil, todavía no se cuenta con información suficiente para evaluar su participación. Se conocen varios casos de organizaciones no gubernamentales que participan en el sector salud sin fines de lucro. Destacan las ONG'S.

d. Beneficios derivados del mejoramiento de la ampliación de seguros en el sector salud

En los temas anteriores se ha desarrollado una aproximación al estudio del sistema de salud mexicano, si bien el mantenimiento y cuidado de la salud de la población mexicana junto con la educación integran las necesidades básicas para que su desarrollo, su satisfacción exige actualmente equidad, insumos, tecnología y servicios cuyos estándares son fijados necesariamente por la sociedad global. Frente a esto, el sistema nacional reporta obsolescencia estructural y escasez de recursos públicos que limitan la acción de los gobiernos e inhiben a través de las distorsiones de mercados y de la regulación el funcionamiento eficiente de la oferta privada de servicios de salud y de su sano funcionamiento.

También es importante destacar la problemática y desarrollo de las organizaciones, productos y servicios en materia de salud del sector asegurador privado, no solo están condicionados por la demografía y la dinámica social, sino también por la organización y funcionamiento de las entidades gubernamentales en relación con la prevención, conservación y cuidado de la salud.

Este es el origen de la configuración y comportamiento de los mercados de los seguros de salud; ahí radican las limitaciones para garantizar que su función contribuya realmente a mejorar las condiciones y niveles de satisfacción de la salud de los diversos segmentos de la población mexicana; asimismo, ahí radican las posibilidades de un amplio desarrollo empresarial.

Esto ha generado que el gobierno ha propiciado la operación centralmente planificada de los servicios de salud, la organización corporativa de la seguridad

social y la concentración de la oferta privada de servicios de salud por el lado del financiamiento, el seguro privado cuenta con más de 5.5 millones de asegurados (5% de la población) y 2.7% del gasto nacional de salud (5% del gasto privado), muestra que las mutualidades de riesgo abiertas constituyen actualmente el mayor potencial organizativo para el financiamiento racional de los servicios de salud, frente a la tendencia decreciente de la cobertura de la seguridad social que oscila entre 47% y el 51% y el limitado servicio directo de los gobiernos, dentro de un sistema de salud integrado en lo vertical, fragmentado en gran variedad de instituciones, sin ninguna vía de portabilidad o accesibilidad y con problemas en la eficiencia y la satisfacción con el servicio.

El plan de desarrollo estratégico denominado “plan de Expansión de Mercados” del sector asegurador tiene como propósito garantizar un desarrollo rentable en las líneas de negocios de gastos médicos y seguros para lo cual ha definido los siguientes lineamientos estratégicos:

- Mejorar los resultados y estabilizar su desarrollo a largo plazo.
- Facilitar la penetración de coberturas para los primeros y segundos niveles de la medicina en los estratos de la población de ingresos medios y altos.
- Promover la expansión hacia los mercados masivos.
- Adecuar la regulación para la participación del seguro privado de salud en la seguridad social.

El desarrollo de este plan pone de relieve la necesidad de definir claramente una estrategia empresarial en el campo del financiamiento de los servicios de salud, por ejemplo, en la priorización de temas y acciones y modelo de colaboración del sector asegurador de gastos médicos y salud; surgen reflexiones a su sensibilidad respecto a una estrategia general:

	Prioridad	Sensibilidad a la Estrategia General
1	Establecer Mecanismos de Acercamiento y colaboración con Hospitales	Indispensable dentro de cualquier postura estratégica: pero se fortalecería si la postura de AMIS es hacia el financiamiento " mutuo solidario abierto" y la contraprestación individualizada de los servicios de salud de manera universal en todo el sistema nacional de salud.
2	Establecer Mecanismos de Acercamiento y colaboración con Médicos	
3	Desarrollar esquemas de compensación para Médicos	
4	Incrementar los incentivos del asegurado en el pago de los costos médicos asociados a sus reclamaciones	Son indispensables dentro de cualquier postura estratégica debiendo asociarse a mecanismos homogéneos y trasplantes
5	Buscar la satisfacción de los asegurados a través de la simplificación en la presencia de los productos	Insuficiente en cualquier postura estratégica; indispensable ampliar a los conceptos de satisfacción personal en el servicio total.
6	Desarrollar mecanismos para la prevención, detección y sanción de fraudes y abusos en la práctica medica	Urgentes y necesarios para combatir riesgo moral; insuficientes ante el riesgo de mercado revestido de riesgo moral.

Con base en lo expuesto con anterioridad se deriva lo siguiente:

- El gasto de salud en México podría alcanzar hasta 8.5% del PIB en los próximos siete años.
- El sistema de salud mexicano se fortalece con base en el crecimiento del mercado privado de servicios de salud y con los programas gubernamentales de acción directa. La seguridad social subordinada al régimen laboral no registrará crecimientos sustanciales, pero compartirá en gran medida la filosofía y operación con el Seguro Popular.

- La verticalidad e intersección de las funciones de regulación, financiamiento y prestación del servicio prevalecerá en la parte del sistema entidades públicas y de la seguridad social con los consiguientes efectos nocivos en los mercados de medicamentos, tecnología y recursos humanos.
- No se considerará viable disminuir la fragmentación de los servicios de salud a través de la universalización de coberturas y portabilidad de beneficios debido a las asimetrías en la población, infraestructura, servicios, operadores y precepción pública. En este contexto y de manera específica, se presentan obstáculos entre las entidades públicas y/o de la seguridad social por la fuerte competencia de recursos presupuestales limitados, y entre estas entidades y los prestadores del sector privado, por las distorsiones de mercado que surjan en la interacción.
- La oferta de servicios de salud privado crecerá de manera sustancial (superior a tasas de 7.5% anual real), con tendencia hacia la concentración, principalmente en la dirigida al mercado de altos ingresos.
- Por la gradual apertura y globalización en la investigación y comercialización de medicamentos, las limitaciones del mercado local tenderán a disminuirse, permitiendo una mayor interacción de los participantes.
- Continuará la concentración de la oferta de servicios médicos hacia clínicas, hospitales, centros de consulta, corporaciones, consorcios y asociaciones principalmente en las grandes ciudades.
- La infraestructura hospitalaria seguirá creciendo a tasas superiores a 10% real anual, notándose principios de descentralización fuera de las grandes ciudades.

En este contexto y para que el seguro privado alcance sus objetivos de rentabilidad y desarrollo, que es su propósito fundamental y para desarrollar algunos de sus proyectos y prioridades, se hace necesario revisar la conveniencia de orientar su plan de acción dentro de cuatro principios:

- Homogenizar la oferta de productos y servicios, con precios liberados bajos sistemas de reservas mínimas obligatorias, sin violar el espíritu y letra de la ley Federal de Competencia Económica y aprovechando los márgenes que permiten su conciliación con la Ley General de Salud.
- Establecer sistemas y mecanismos de equidad sobre el valor real agregado para los distintos canales de distribución.
- Establecer por un periodo de transición, el sistema indemnizatorio como base general de operación para así introducir mecanismos de individualización en prevención, diagnóstico y tratamiento.
- Incorporar, en lo necesario y conducente, el manejo del enfoque público de la actividad privada en los órganos empresariales colegiados.

El enfoque público de la actividad privada

Es evidente que las posibilidades de sano desarrollo del seguro privado como instrumento de protección a la población están subordinados sustancialmente a la cultura, estructura y horizontes de la sociedad mexicana, la economía de las familias y la eficiencia del gobierno. En lo concreto depende de:

- La creciente conciencia de la viabilidad de alcanzar estadios de salud.
- La transición epidemiológica y la nueva morbilidad mexicana.
- El agotamiento del modelo de seguridad social.
- La insuficiencia y fragilidad de los recursos públicos
- La presión de los mercados globales.

En estas condiciones, los estudios realizados sugieren la conveniencia del que el sector asegurador privado de gastos médicos y salud, adopte como principios gremiales de su actividad, la necesidad de estudiar, buscar y promover:

- La recreación de la seguridad social hacia un esquema universal obligatorio básico de la salud, para aceptar la indispensable atención a la base de la pirámide económico-social, independientemente de su status laboral.
- La recreación de la actual seguridad social en un esquema de seguridad laboral que funcionaría como una segunda capa de cobertura de la seguridad social reconvertida conforme al punto anterior.
- La separación estructural y funcional de las grandes funciones de regulación, operación y/o provisión y financiamiento.
- La reconversión de las entidades públicas y sociales:
- De prestadoras de los servicios de salud de operación con base en presupuestos a operación en base a actividades facturables
- De servicio fragmentado a servicio universal independientemente del estrato económico social del derechohabiente con base en la total portabilidad de beneficios.
- La universalización de la aplicación del concepto mutual solidario para establecer como mecanismo de financiamiento único la prima de seguros, independientemente de la naturaleza del asegurador público, social o privado y del origen de los fondos presupuestales subsidiando primas, cuotas de seguridad social abierta, cuotas obrero patronales de la seguridad laboral, bolsillo de las familias, asistencia pública y privada, etc.
- La utilización intensiva del sector asegurador privado para la promoción, comercialización (o afiliación), operación y administración de las organizaciones mutuales solidarias que son la esencia y naturaleza del seguro privado, subrogándose sistemas de seguridad social común y del sector público; integrándolo al programa del Seguro Popular para atender capas específicas de la población más próximas a reaccionar a los estímulos de la economía de mercado así como fortaleciendo la estructura, tamaño y número de compañías de seguros de salud (incluyendo gastos médicos mayores).

- La alineación homogenización y fortalecimiento del rol de los pagadores finales para crear condiciones de verdadera participación e individualización en los mercados de los servicios de salud.

Pagadores de impuestos, a través de las entidades públicas de salud que subsidien primas de seguros.

- Patrones pagadores de cuotas de seguridad social.
- Trabajadores pagadores de cuotas de la seguridad social.
- Particulares pagadores de primas de seguros privados.
- Particulares pagadores directos de los servicios de salud.
- La apertura total de los mercados de insumos para la salud.
- El fortalecimiento de la práctica médica a través de la certificación, des manifestación de tratamientos y diagnósticos y difusión de los niveles de satisfacción.
- La simplificación de la regulación aplicable a la salud y el fortalecimiento de los mecanismos coercitivos para su cumplimiento.
- El establecimiento de un registro individual de salud para toda la población que se actualice de manera sistemática y permanente.

Conclusiones y Recomendaciones

Para poder entender el comportamiento del sistema de salud en México, así como sus beneficios y deficiencias es necesario realizar varios estudios de la sociedad mexicana, sus necesidades y fundamentalmente las políticas públicas.

El seguro de gastos médicos privado juega un papel complementario en el sistema de salud por lo cual resulta importante evaluar su desarrollo y funcionamiento, y visualizarlo como un instrumento de protección ante los riesgos de salud que se expone la población en su conjunto.

La transición epidemiológica en México en los últimos 70 años ha sufrido cambios significativos dentro de sus principales beneficios son una disminución de las enfermedades infecciosas, así como de la mortalidad infantil y materna derivado de un sistema eficiente de vacunación el cual es reconocido internacionalmente, se ha incrementado la esperanza de vida en hombres y mujeres principalmente por los avances tecnológicos y nuevos medicamentos por otro lado tenemos un incremento en la enfermedades crónico degenerativas no infecciosas que son más largas y costosas como son los cánceres, diabetes, enfermedades isquémicas las cuales representan un reto para el sistema de salud en México.

Los cambios que se han tenido en sistema de salud de México a largo de los últimos años no han sido de manera homogénea en todo el país, existen rezagos importantes en los estados con mayor pobreza principalmente al sur de México a pesar de que se han implementado programas y políticas públicas para poder ofrecer atención médica y protección financiera a estos grupos vulnerables los cuales seguirán siendo insuficientes debido al bajo desarrollo económico de la región y a la fragmentación que existe en el sistema de salud mexicano es decir existen diversas instituciones de salud que atienden a la población dependiendo del sector donde trabajan por ejemplo el IMSS atiende a los trabajadores del sector privado, el ISSSTE a los trabajadores del sector público y los trabajadores del sector informal son atendidos a través del seguro popular.

México cuenta con niveles de gasto en salud muy bajos comparados con países de la OCDE con lo cual genera un desequilibrio en la economía familiar es decir al tener un gasto de salud bajo propicia un gasto de bolsillo mayor en otras palabras el mexicano tiene que destinar un porcentaje alto de su ingreso para cubrir sus necesidades de salud esto tiene un efecto catastrófico en el sector más bajo de la población al tener que destinar más de la mitad de su ingreso.

Otro problema en el sector de salud es como se ejerce el gasto destinado en este rubro ya que gran parte de los recursos son destinados para cubrir gasto corriente como son sueldo y salarios, así como la parte de pensiones con lo cual limita que se pueda dirigir hacia mejoras en el programa de atención de salud y de prevención.

El sistema de salud presenta dos problemas estructurales uno es la segmentación y el otro las prácticas monopólicas, las principales causas de la segmentación se debe a que existe una discriminación en la aplicación de la salud como bien sabemos la población que cuenta con un empleo formal cuenta con seguridad social es decir atención médica, invalidez, pensión y por otro lado una gran parte de la población que vive en la informalidad solo tiene derecho a que se le atienda en algunas enfermedades, y con respecto a las prácticas monopólicas el problema es que actualmente no hay una subrogación de cuotas provocando un doble gasto en salud, si la ley permitiera al derechohabiente el poder elegir donde atenderse ayudaría a evitar el doble gasto con lo cual beneficiaría en tener una mejor salud y destinar de mejor manera los recursos destinados al sector salud.

Bibliografía

Aguayo, S. (2007). "El Almanaque Mexicano" 2008, Aguilar, México.

Arzoz, J. y F. Knaul (2003). "Inequidad en el Gasto del Gobierno en Salud" en F. Knaul y G. Nigenda (Eds), *Caleidoscopio de la Salud: de la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*, Funsalud, México.

Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) 2007. Participación del Sector Asegurador en el Sistema de Protección Social en Salud, mimeo.

Ávila, L. et al. (2007). "Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género", Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Banamex-Accival (1998). México Social: 1996-1998 Estadísticas Seleccionadas, Banco Nacional de México, México.

Brailovsky, V. (1997). "El Comportamiento Económico de la Medicina Privada en México": Análisis Comparativo con el Sector Público en J. Frenk (Ed.), Observatorio de la Salud, Funsalud, México.

Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud (2006). Macroeconomía y Salud. "Invertir en Salud para el Desarrollo económico", Fondo de Cultura Económica, México.

Consejo de Salubridad General (2006). Cuadro Básico y Catalogo de Medicamentos, México.

Chavez, A. et al. (Coords.) (2007). "La Salud Reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003", Secretaría de Salud, México.

Dávila, E. y M. Guijarro (2000). "Evolución y Reforma del Sistema de Salud en México", Naciones Unidas, Santiago de Chile.

Frenk, J. et al. (1994). Economía y Salud: "Propuestas para el Avance del Sistema de Salud en México", Funsalud, México.

Frenk, J. et al. (1999). "La seguridad social en Salud: Perspectivas para la Reforma" en F. Solís y F. Villagómez (Eds.), *La Seguridad Social en México, Centro de Investigación y Docencia Económicas*, México.

Frenk, J. et al. (2004). Financiamiento justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México, Secretaría de Salud, México.

Frenk, J. et al. (2007). "Reforma Integral para mejorar el Desempeño del Sistema de Salud en México en Salud Pública de México", Vol.49 suplemento 1.

Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) (2006). La Salud en México: 2006/2012. Visión de Funsalud, México.

González, M. et al. (1997). “Las Cuentas Estatales de Salud: El Gasto de las Entidades Federativas”. En J. Frenk (Ed.), *Observatorio de la Salud*, Funsalud, México.

Hernández, P. et al. (1997). “Las cuentas Nacionales de Salud” en J. Frenk (Ed.), *Observatorio de la Salud*, Funsalud, México.

Hsiao, W. (1992). “Comparar los Sistemas de Salud: Que Lecciones Pueden Aprender las Naciones unas de Otras en Diario de Política de Salud”, Vol. 17-4.

Hsiao, W. (1995). “Economía anormal en el sector de la salud en Política de Salud”, Vol. 32.

Hsiao, W. (2003). “¿Cuál es el Sistema de Salud? ¿ Que deberíamos importar?” Harvard School of Public Health, Boston.

Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO) (2005). *Sociedad Incluyente, Preparada y Sana en Hacia un Pacto de Competitividad*, México.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2012). *Estadísticas Históricas de México*, México.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2016). *Mujeres y Hombres en México*, 4ª edición, México.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2016). *Indicadores Sociodemográficos de México*.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) (2016). *Mujeres y Hombres en México*, 11ª edición, México.

Instituto Nacional de las Mujeres (2006) *Panorama de la Salud mental en las mujeres y hombres mexicanos*, México.

Instituto Nacional de Salud Pública (2010). *Atlas de la Salud 2006*, México.

Knaul, F. et al. (1997). “El Prepago por Servicios Médicos privados en México: Determinantes Socioeconómicos y Cambios a través del tiempo” en J. Frenk (Ed), *Observatorio de la Salud*, Funsalud, 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: de la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*, Funsalud, México.

Lara, E. (2001). “Las ISES a dos años de su creación”, mimeo.

Lavielle, B. et al. (2004). “Gasto en Salud: Prpuestas para la Mesa de Gasto de la Convención Nacional Hacendaria”, Fundar, México.

Londoño, J. y J. Frenk. (1997). "Pluralismo estructurado: Hacia un modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina" en J. Frenk (Ed.), *Observatorio de la Salud*, Funsalud, México.

Merino, G. (2003). "Descentralización del Sistema de Salud en el Contexto del Federalismo" en F. Knaul y G. Nigenda (Eds.), *Caleidoscopio de la Salud: De la Investigación a las Políticas a la Acción*, Funsalud, México.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) en México (2004). El Derecho al Disfrute del Nivel más Alto de Salud Física, Mental y Social en Diagnostico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México, México.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). Informe Sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010). "Perfil del Sistema de Servicios de Salud de México", 2ª edición, Mimeo.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2010). Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe, Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2012). Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2006, Washington, D.C.

Organización Para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2005). México, Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud, Paris.

Ortiz, A. (2006). "El Futuro de los Sistemas de Salud y las Oportunidades de Negocios", Consorcio de Consultores Internacionales, México.

Secretaría de Salud (2012). Salud México 2010 Información para la Rendición de Cuentas, México.

Secretaría de Salud (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Villalobos, J. (2007). "Doctor IP en Poder y Negocios", Vol. 3: 20.

Zurita, B. et al. (2003) "Desigualdad e Inequidad en Salud" en F. Knaul y G. Nigenda (Eds.) *Caleidoscopio de la Salud: De la Investigación a las Políticas y de las Políticas a la Acción*, Funsalud, México.