

## financiamiento del desarrollo

# **E**volución y reforma del sistema de salud en México

Enrique Dávila y Maite Guijarro



NACIONES UNIDAS



Unidad de Financiamiento para el desarrollo  
División de Comercio Internacional y Financiamiento  
para el Desarrollo

Santiago de Chile, enero de 2000

Este documento fue preparado por el Sr. Enrique Dávila y Maite Guijarro, consultores del Proyecto Conjunto CEPAL/GTZ “Reformas a los sistemas de salud en América Latina” de la CEPAL. Los autores agradecen los comentarios de Daniel Titelman a una primera versión de este trabajo.

Las opiniones expresadas en este documento, el cual no ha sido sometido a revisión editorial, son de la exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

---

**Publicación de las Naciones Unidas**

LC/L.1314-P

ISBN: 92-1-321564-9

Copyright © Naciones Unidas, enero de 2000. Todos los derechos reservados

Nº de venta: S.00.II.G.7

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

---

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

## Índice

---

<b>Resumen</b> .....	5
<b>Introducción</b> .....	7
<b>I. Marco conceptual</b> .....	9
A. Funciones de producción de salud .....	9
B. Aleatoriedad .....	12
C. Información imperfecta .....	14
D. Incentivos .....	16
<b>II. Salud, bienestar e ingresos</b> .....	19
A. Ingreso e insumos para la salud .....	20
B. Esperanzas de vida .....	23
C. Implicaciones .....	26
<b>III. El sistema nacional de salud y los servicios</b>	
<b>Privados de salud</b> .....	27
A. Seguros sociales .....	27
B. Servicios públicos de salud .....	44
C. Servicios privados de salud .....	47
D. Recursos y servicios .....	48
E. Evaluación de los usuarios .....	51
F. Gasto en salud .....	52
G. Evaluación .....	53
<b>IV. Demanda de servicios de salud</b> .....	55
A. Encuesta nacional de salud .....	55
B. Encuesta de ingresos y gastos de los hogares .....	58
C. Implicaciones .....	65
<b>V. Elementos para una reforma al sistema de salud</b> .....	67
A. Ampliación de cobertura .....	68
B. Racionalización institucional .....	69
C. Mejora en calidad .....	70

D. Abatimiento de costos.....	71
<b>VI. Conclusiones</b> .....	73
<b>Bibliografía</b> .....	77
<b>Serie financiamiento del desarrollo: números publicados</b> .....	81

## Índice de cuadros

Cuadro 1	Mínimos de bienestar.....	21
Cuadro 2	Mínimo de bienestar educativo estricto .....	22
Cuadro 3	Ingreso por hora normalizado en veces el salario mínimo.....	35
Cuadro 4	Municipios cubiertos por IMSS solidaridad .....	46
Cuadro 5	Sistema nacional de salud: capacidad instalada.....	49
Cuadro 6	Sistema nacional de salud: recursos humanos .....	50
Cuadro 7	Sistema nacional de salud: servicios prestados.....	51
Cuadro 8	Gasto de las entidades coordinadas por la SS .....	53
Cuadro 9	Tipos de servicios médicos utilizados según condición de aseguramiento.....	56
Cuadro 10	Probabilidad de aseguramiento por hogar.....	59
Cuadro 11	Gasto esperado por hogar en servicios para el cuidado de la salud .....	60
Cuadro 12	Probabilidad de que un hogar utilice servicios para el cuidado de la salud.....	61
Cuadro 13	Probabilidad de que un hogar utilice servicios para el cuidado de la salud según institución que proporcione el servicio.....	62
Cuadro 14	Probabilidad de que un hogar utilice atención primaria o ambulatoria según institución que proporcione el servicio.....	64

## Índice de gráficos

Gráfico 1	Valor del consumo de alimentos e ingreso corriente total promedios por hogar .....	20
Gráfico 2	Esperanzas de vida al nacimiento en la República mexicana .....	23
Gráfico 3	Esperanzas de vida al nacer e IFGT, hombres 1995 .....	24
Gráfico 4	Esperanzas de vida al nacer e IFGT, mujeres 1995 .....	25
Gráfico 5	Esperanzas de vida al nacer e índice de marginación CONAPO, hombres 1990 .....	25
Gráfico 6	Esperanzas de vida al nacer e índice de marginación CONAPO, mujeres 1990 .....	26
Gráfico 7	Seguro de enfermedades y maternidad .....	33
Gráfico 8	Asalariados, 1987-1997 .....	34
Gráfico 9	Hombres de 25 a 34 años con 1 a 3 años de primaria.....	36
Gráfico 10	Hombres de 25 a 34 años con primaria completa .....	36
Gráfico 11	Asalariados con servicios médicos por tamaño de la empresa y tamaño de la localidad, 1996 .....	37
Gráfico 12	Porcentaje de trabajadores con servicios médicos, por tamaño de la empresa .....	38
Gráfico 13	Porcentaje de trabajadores por tamaño de la empresa .....	39
Gráfico 14	Porcentajes de trabajadores con servicios médicos.....	39

---

## Resumen

---

El objetivo del presente trabajo es evaluar el sistema de salud en México, tomando en consideración las modificaciones legales y operativas recientes llevadas a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salud. Con base en lo anterior se propone una agenda de temas a incorporar en la discusión y se sugiere una serie de lineamientos a considerar en el diseño de posibles reformas futuras.

En el capítulo I se examinan los aspectos teóricos que sirven de marco de referencia al análisis y se destacan algunas de sus implicaciones en materia de políticas públicas. El capítulo II presenta evidencia, para el caso de México, sobre la cadena causal que va del nivel de ingresos y la oferta de servicios básicos al acceso a insumos para la producción de la salud y de ahí, al estado de salud de las personas, el cual se refleja en las esperanzas de vida de la población.

En el capítulo III se describen la estructura, alcances y limitaciones de la oferta de servicios de salud en México, que está conformada por el Sistema Nacional de Salud (integrado a su vez por los seguros sociales y los servicios de salud para la población abierta) y los servicios privados. Se argumenta que: los dos subsistemas que conforman el Sistema Nacional de Salud están débilmente coordinados entre sí y presentan una acentuada desarticulación interna.

En el capítulo IV se presenta evidencia empírica sobre la demanda de servicios de salud en el país observándose que la cobertura de los seguros sociales es baja en el agregado. Finalmente en el capítulo V se presentan los elementos para una eventual reforma integral del sistema de salud, basada en la ampliación de la cobertura

de los seguros sociales, a través de la afiliación obligatoria de patrones y trabajadores por cuenta propia y el subsidio completo a las familias más pobres; la especialización de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud en acciones de salud comunitaria; la creación de un único sistema de servicios médicos, a cargo de la seguridad social; la libre elección del médico de familia por los derechohabientes; la reversión de cuotas por seguros de gastos médicos mayores; el pago al médico de familia mediante una prima capitada ajustada por riesgo; y, la externalización de servicios que actualmente prestan las dependencias y entidades del Sistema Nacional de Salud.

## Introducción

---

El objeto del presente trabajo es evaluar el sistema de salud en México tomando en cuenta las recientes modificaciones en aspectos legales y operativos y con base en ello, proponer posibles reformas futuras.

Para este trabajo se revisó un conjunto de artículos teóricos sobre economía de la salud, así como diversos diagnósticos sobre el sistema de salud en México. No obstante, los resultados se basan principalmente en el análisis de fuentes primarias de información, en especial los censos y encuestas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

En el capítulo I se examinan los aspectos teóricos que sirven de marco de referencia al análisis y se destacan algunas de sus implicaciones en materia de políticas públicas.

Se revisan cinco temas centrales:

*Las funciones de producción de salud* que destacan la multiplicidad de factores que inciden en el estado de salud de las personas (alimentación, tiempo dedicado al cuidado de la salud y educación, entre otros); *la aleatoriedad* de los eventos disruptores de la salud, que conlleva la necesidad de contar con un sistema de atención médica estructurado por niveles de complejidad creciente y con mecanismos de referencia y contrarreferencia; *los problemas de información imperfecta* que caracterizan al mercado de la salud, lo que explica las limitaciones del aseguramiento privado y permite justificar la existencia de los seguros sociales; *la conveniencia*, desde un punto

de vista de política social y de reducción de externalidades negativas, *del subsidio al aseguramiento de las familias* (en especial de las de menores ingresos), estableciendo así un régimen de seguridad social; y, los *problemas de incentivos* asociados a la obligatoriedad de los seguros sociales y al subsidio gubernamental, lo cual conlleva el análisis de mecanismos de contención de costos y la evaluación de alternativas para la atención de la demanda de servicios.

En el capítulo II se presenta evidencia para el caso de México sobre la cadena causal que va del nivel de ingresos y la oferta de servicios básicos al acceso de insumos para la producción de la salud y de ahí, al estado de salud de las personas, mismo que se refleja en las esperanzas de vida de la población.

En el capítulo III se describen la estructura, alcances y limitaciones de la oferta de servicios de salud en México, mismos que están conformados por el Sistema Nacional de Salud (integrado a su vez por los seguros sociales y los servicios de salud para la población abierta) y los servicios privados. Se observa que los dos subsistemas que conforman el Sistema Nacional de Salud están débilmente coordinados entre sí y presentan una acentuada desarticulación interna.

Se destaca que los trabajadores por cuenta propia y los patrones no son sujetos del régimen obligatorio del IMSS (a pesar de que este grupo en particular tiene, para características similares, ingresos similares o superiores a los de los asalariados) y que muchas empresas, sobre todo las más pequeñas, evaden sus obligaciones ante los seguros sociales.

Se hace especial mención a la nueva Ley del Seguro Social, que entró en vigor en julio de 1997, en particular respecto de la sustitución, en el seguro de enfermedades y maternidad (SEM), de una cuota proporcional al salario por otra prácticamente única, lo cual permitirá eliminar los subsidios cruzados por nivel de cotización y sus consecuentes distorsiones.

En el capítulo IV se presenta evidencia empírica para México sobre la demanda de servicios de salud, con base en la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) de 1994 y la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) de 1996. En particular, se analiza en qué medida los hogares recurren a la medicina privada, a los servicios médicos de atención a la población abierta y en su caso, a los seguros sociales, para atender su salud.

Se encuentra que el aseguramiento representa, para el hogar, una reducción efectiva de sus gastos en cuidados para la salud, pero que el ahorro es inferior incluso al costo privado del seguro de salud para la familia, lo que crea problemas de incentivos para el aseguramiento.

También se detecta que el cuidado de la salud se comporta como un bien normal, y al desagregar por proveedores se encuentra que ello se cumple claramente cuando el oferente es el sector privado.

En el capítulo V se presentan los elementos para una eventual reforma integral del sistema de salud, basado en: la ampliación de la cobertura de los seguros sociales, a través de la afiliación obligatoria de patrones y trabajadores por cuenta propia y el subsidio completo a las familias más pobres; la especialización de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud en acciones de salud comunitaria; la creación de un único sistema de servicios médicos, a cargo de la seguridad social; la libre elección del médico de familia por los derechohabientes; la reversión de cuotas por seguros de gastos médicos mayores; el pago al médico de familia mediante una prima capitada ajustada por riesgo; y, la externalización de servicios que actualmente prestan las dependencias y entidades del Sistema Nacional de Salud.

Finalmente se resumen las conclusiones del análisis.

## **I. Marco conceptual**

---

En este capítulo se examinan brevemente algunos aspectos teóricos que sirven de marco de referencia al análisis y se destacan algunas de sus implicaciones en materia de políticas públicas.

Los puntos centrales son: el enfoque de funciones de producción de salud, que permite destacar la diversidad de factores que inciden en el estado de salud de las personas y por ende, la relevancia al respecto de la política social; la aleatoriedad de los eventos disruptores de la salud, lo cual conlleva la necesidad de un sistema de atención médica estructurado por niveles de complejidad creciente, con mecanismos de referencia y contrarreferencia; los problemas de información imperfecta en relación con el cuidado de la salud y las consecuentes ventajas de los seguros sociales como mecanismo para reducir los problemas de selección adversa y riesgo moral; el subsidio gubernamental al aseguramiento de las familias, a partir de consideraciones de política social y de reducción de externalidades negativas, para establecer un régimen de seguridad social; y, los problemas de incentivos asociados a la obligatoriedad de los seguros sociales y al subsidio gubernamental.

### **A. Funciones de producción de salud**

La salud de las personas es un fenómeno multicausal, por lo que su análisis debe abarcar fenómenos que van más allá de las medidas preventivas o curativas, como la atención de las necesidades alimentarias, educativas y de vivienda.

## 1. Planteamiento general

Las condiciones de salud de los individuos pueden analizarse a partir de modelos microeconómicos que incorporan funciones de producción de salud. Las principales características de estos modelos son las siguientes<sup>1</sup>:

El hogar tiene un ordenamiento de preferencias, representable por una función de utilidad (lo cual constituye una útil simplificación, a pesar de que el consenso actual es que las acciones del hogar son el resultado de un equilibrio en juegos repetidos); la función de utilidad del hogar es creciente respecto del estado de salud de cada uno de los miembros, así como respecto de su ocio y su consumo de bienes; la salud de un individuo depende, a través de una función de producción de salud, de aspectos tales como:

Su ingesta de nutrientes, cuyo impacto se supone, en principio, positivo, aunque se admite que los excesos pueden ser nocivos para la salud; su uso de servicios médicos (con los correspondientes medicamentos, en su caso), los cuales se suponen de calidad adecuada, por lo que su impacto en la salud es positivo; su consumo de otros bienes, gran parte de los cuales son insumos importantes para la preservación de la salud (como usar ropa de abrigo en tiempo de frío o contar con una vivienda con al menos piso de cemento), aunque algunos otros tienen impactos negativos importantes en la salud, como el tabaco; su tiempo de ocio; el tiempo que él y otros miembros del hogar dedican al cuidado de su salud; su nivel educativo y el de otros miembros del hogar (particularmente la madre de familia); su herencia genética; y, las condiciones del entorno, mismas que se suponen exógenas (aunque en realidad el hogar tiene abierta la opción de migrar, para así mejorar su acceso a servicios públicos o para evitar riesgos de salud: contagio de ciertas enfermedades tales como paludismo o dengue; enfermedades respiratorias producidas por la contaminación ambiental; etc.);

La restricción presupuestal se formula en términos del ingreso completo, dado que las horas a trabajar son una variable de decisión; los niveles educativos y de salud de los individuos condicionan los salarios a los que éstos pueden aspirar en el mercado; la información es gratuita y perfecta; existen condiciones de certidumbre; el periodo de análisis es lo suficientemente largo como para que los cambios en las variables independientes afecten en su totalidad al estado de salud; y, el gobierno puede modificar el vector de precios que afronta el hogar (al grado de ofrecer gratuitamente ciertos bienes y servicios) y puede también realizar transferencias directas de ingresos a los hogares (intervenciones que constituyen parte fundamental de la política social del país).

En este contexto, el hogar toma las decisiones que maximizan su función de utilidad, dadas las restricciones existentes, con lo cual se determinan simultáneamente los niveles de salud de sus miembros, sus niveles de consumo de los diversos bienes y sus horas trabajadas.

## 2. Salud y nivel de ingresos

Los insumos de la función de producción de salud son a su vez, por derecho propio, argumentos de la función de utilidad de los individuos (y por ende, del hogar) y en ambos papeles es de esperar que se comporten como bienes normales.

Por tanto, será difícil separar, dentro de la demanda de un bien o servicio, las partes que corresponden a su uso como insumo para la salud y a su uso “final”. Por ejemplo, cuando una persona usa ropa abrigada en invierno, es bastante artificial preguntarse si lo hace para evitar sentir frío o para prevenir un resfriado.

---

<sup>1</sup> Ver por ejemplo Behrman y Deolalikar (1988), cuyo interés se centra, sin embargo, en la estimación econométrica de los modelos, más que en sus implicaciones en materia de políticas públicas.

Como contrapartida, la imbricación de los dos tipos de demanda de bienes permite predecir una correlación positiva entre el nivel del ingreso completo y el estado de salud, dados factores tales como la herencia genética y las condiciones del entorno (ya que el aumento en el consumo de bienes nocivos para la salud, al elevarse el ingreso, usualmente no contrarrestará el incremento en el de los bienes favorables a un mejor estado de salud).

Sin embargo, al elevarse el ingreso se observa que los aumentos de gasto concomitantes obedecen, en buena medida, a cambios cualitativos en la canasta de bienes consumidos, más que a un aumento cuantitativo en el consumo de la misma canasta de bienes. Así, ante un aumento de ingresos del hogar, los consumidores pueden preferir diversificar los tipos de alimentos y obtener mejoras en sabor o presentación, más que incrementar su ingesta de nutrientes. Ello disminuirá la elasticidad del estado de salud respecto del ingreso, aunque es de esperar que ésta continúe siendo positiva.

Por tanto, en ausencia de una política social adecuadamente orientada, se requerirá que los hogares alcancen niveles de ingresos relativamente altos para poder cubrir sus necesidades básicas de salud.

### **3. Salud y política social**

La presencia de una gran variedad de satisfactores en la función de producción de salud tiene un interesante corolario en materia de políticas públicas, el cual, llevado al extremo, puede expresarse diciendo que *toda política social es una política de salud*.

En efecto, la inversión en redes de agua potable, los programas para encementar pisos, la alfabetización (o, en su caso, la castellanización) y los programas de empleo tienen un impacto altamente favorable en la salud de la población.

En todo caso, es de esperar un alto grado de complementariedad entre los insumos básicos para producir salud, lo cual se hace patente en el caso de las familias en pobreza extrema. Así, mejorar la alimentación de un niño con parásitos intestinales le beneficiará muy poco y la infestación parasitaria será recurrente mientras la familia habite en una vivienda con piso de tierra y sin agua potable y la madre no aprenda a aplicar medidas básicas de higiene.

Estas consideraciones refuerzan la importancia de un enfoque integral en el diseño de la política social y en particular, de la política de combate a la pobreza extrema.

### **4. Subsidios para la salud**

La política social tiende frecuentemente a abatir el precio de mercado de ciertos bienes o servicios, pero sin llegar a que éstos se ofrezcan gratuitamente, por ejemplo, al exentar a las medicinas del impuesto al valor agregado. En tales circunstancias, el monto percibido del subsidio es proporcional al gasto que ejerce el hogar en el bien o servicio en cuestión y si éste es normal, el subsidio se concentrará en los grupos de mayores ingresos.

Alternativamente, la política social puede conllevar la distribución gratuita de dotaciones de bienes o servicios, bien sea a hogares seleccionados (p. ej., un kilogramo diario de tortillas a los hogares pobres urbanos) o a todos los que sí lo soliciten (p. ej., educación básica gratuita). Con ello se evita que el subsidio crezca con el nivel de ingresos, pero no siempre se asegura que los hogares más pobres tengan acceso al mismo.

Así, en el caso de la atención a la salud de la población rural pobre, la perspectiva de recorrer largas distancias y afrontar prolongados periodos de espera puede disuadir a las personas a buscar esa atención.

En ausencia de intervención pública, los hogares cubrirían sus mínimos de bienestar mediante la adquisición, en el mercado, de canastas de bienes y servicios cuya estructura presentaría diferencias aleatorias<sup>2</sup> debidas a la diversidad en sus preferencias, así como diferencias sistemáticas regionales (e incluso étnicas) y otras asociadas al número, sexo y edad de los miembros del hogar y, de manera destacada, diferencias asociadas a los niveles de ingreso y de riqueza.

Por su parte, las canastas de bienes y servicios provistas gratuitamente por el sector público son típicamente homogéneas, lo que puede inducir a los hogares, en el caso de los bienes, a desviar total o parcialmente el subsidio de su destino original y, en el caso de los servicios, incluso a renunciar al subsidio.

Así, en el caso de los servicios asistenciales de hospitalización, aún los hogares de ingresos relativamente bajos pueden renunciar a utilizarlos si perciben deficiencias en su calidad médica (exceso de practicantes y falta de médicos experimentados) o, sobre todo, en aspectos tales como privacidad (uso de salas generales en lugar de cuartos privados), mantenimiento de los lazos familiares (cortas y rígidas horas de visita) y trato al paciente y a sus familiares.

En consecuencia, la eficacia y la eficiencia de los subsidios en materia de salud dependen crucialmente de aspectos cualitativos tales como la accesibilidad de los servicios médicos y la calidad percibida de éstos. Por ello, resulta crucial asegurar al usuario una amplia capacidad de elección en el marco de la provisión de los bienes y servicios para el cuidado de la salud.

## **B. Aleatoriedad**

Los eventos que afectan negativamente la salud (enfermedad y accidentes) son típicamente aleatorios, lo cual tiene importantes implicaciones en el análisis económico de los sistemas de salud, entre las que destacan las siguientes:

La importancia de contar con un sistema de atención médica estructurado por niveles de complejidad creciente, con mecanismos de referencia y contrarreferencia; y los incentivos al aseguramiento.

### **1. Sistemas de atención de la salud**

La aleatoriedad de los eventos disruptores de la salud tiene importantes implicaciones para el diseño de las estrategias para la atención de la salud de la población.

Así, aún cuando un individuo se encuentre bien alimentado y vestido, tenga una vivienda confortable, haya recibido todas las vacunas disponibles y se someta a revisiones periódicas de su estado de salud, puede caer enfermo de un resfriado o de una apendicitis aguda o sufrir un accidente. Por tanto, es imposible prescindir de un sistema de atención médica con un importante componente curativo, que atienda los eventos disruptores de la salud<sup>3</sup>.

Por otra parte, si no existen mecanismos que preserven la historia clínica del paciente, se tendrán costos sustancialmente más altos y, lo más importante, una menor calidad de la atención, pues cada médico que lo atienda tendrá que reconstruir esa historia clínica, a partir de lo que recuerden el paciente o sus familiares y dependerá en forma desproporcionada de análisis de laboratorio, pruebas clínicas, etc.

---

<sup>2</sup> Más precisamente, diferencias percibidas como aleatorias por un observador externo.

<sup>3</sup> Estas consideraciones son obvias, pero algunos autores parecen olvidarlas cuando tratan de abordar temas de economía de la salud.

Una de las soluciones mejor probadas a este problema es la existencia de un médico de familia, que mantenga un vínculo permanente con los miembros del hogar y dé seguimiento a su estado de salud.

El médico de familia debe contar con la plena confianza de ésta, por lo que es conveniente que sea libremente elegido por el jefe del hogar, con la anuencia de los demás miembros.

Ahora bien, aleatoriamente se presentarán eventos que, por su gravedad, rebasen la capacidad resolutoria del médico de familia. Por ello, es indispensable contar con un conjunto de niveles de atención de la salud, de complejidad creciente, ligados por un sistema de referencia y contrarreferencia.

Un ejemplo típico de un conjunto de niveles de atención de la salud es el siguiente: salud comunitaria; medicina de familia; consulta de especialidades básicas; hospitalización básica; y alta especialidad.

Los mecanismos de referencia y contrarreferencia permiten que los problemas de salud que rebasan la capacidad resolutoria de un nivel (y sólo éstos) sean transferidos al nivel siguiente para su atención.

Por tanto, un sistema basado en la existencia de médicos de familia, con claros mecanismos de referencia y contrarreferencia y apoyado en acciones amplias de salud comunitaria, funciona simultáneamente como un esquema de contención de costos y, sobre todo, de mejora en la calidad de la atención de la salud.

En efecto, los mecanismos de referencia y contrarreferencia logran un sustancial abatimiento de costos respecto de la alternativa de permitir que el paciente haga uso libremente (con subsidio parcial o total del sector público) de recursos de diagnóstico y curación de alta complejidad y elevado costo (por ejemplo, cuando un paciente recurre a un ortopedista e insiste en que se le haga una resonancia magnética por haber sufrido un leve esguince). De hecho, los éxitos de las Health Maintenance Organizations en materia de contención de costos se basan en gran medida en la estructuración de un sistema de referencia y contrarreferencia.

Asimismo, las acciones amplias de salud comunitaria permiten privilegiar las estrategias preventivas respecto de las curativas, con lo cual se tiende también a abatir costos.

Por otra parte, se logra una mejora objetiva en la calidad de la atención de la salud, ya que las acciones de salud comunitaria tienden a prevenir los eventos disruptores de la salud, lo cual es preferible a las estrategias puramente curativas; el médico de familia acumula información relevante sobre el paciente, lo cual es preferible a la alternativa de que el paciente sea atendido, en cada ocasión, por un médico general distinto; y, el sistema de referencia y contrarreferencia permite al paciente atender sus problemas de salud, aunque éstos sean de media e incluso alta complejidad, lo cual es preferible a otros esquemas que no ofrezcan esta opción.

Sobre estas bases, puede aceptarse la deseabilidad de un sistema integral de atención de la salud, basado en la existencia de médicos de familia libremente elegidos por ésta y de un sistema de referencia y contrarreferencia y apoyado en acciones amplias de salud comunitaria.

## **2. Aseguramiento**

Dado que enfermar o tener un accidente es un evento aleatorio, resulta que, si los individuos son adversos al riesgo en los intervalos relevantes, pueden optar por proteger su nivel actual de ingresos y de bienestar cubriéndose con algún tipo de seguro de salud, en lugar de asumir directamente los costos cada vez que ocurra el evento.

El aseguramiento implica que el individuo cubre periódicamente ciertas primas para protegerse de un conjunto de posibles eventos desfavorables. Un seguro de salud será más amplio

en la medida en que cubra una gama más extensa de tales eventos, que no incluya deducibles ni copagos (o que éstos sean reducidos) y que financie incluso parte de los costos implícitos de la enfermedad (ingresos perdidos por no poder trabajar). En consecuencia, un seguro amplio permite a los individuos atenderse, en caso de enfermedad o accidente, a un costo marginal muy bajo.

Por el contrario, en el caso de que el individuo no esté asegurado, el costo marginal de atenderse es mucho mayor y la posibilidad de hacerlo depende crucialmente de restricciones de flujo de efectivo. De hecho, en el caso de los eventos catastróficos puede presentarse una imposibilidad práctica de afrontar el costo de la atención médica<sup>4</sup>.

Los seguros médicos con deducibles y copagos, por su parte, colocan a los individuos en una situación intermedia entre el aseguramiento amplio y la ausencia de aseguramiento.

Por tanto, es de esperar que las familias aseguradas con seguros amplios mantengan, en promedio, mejores niveles de salud que las no aseguradas, mientras que las que cuentan con seguros que implican deducibles y copagos se sitúen (con todo lo demás constante) en una situación intermedia.

En consecuencia, la existencia de un mercado de aseguramiento en el que existen seguros amplios permite al individuo incrementar significativamente su nivel de bienestar esperado. Sin embargo, esta solución de mercado afronta serios problemas de información, que se examinan en la siguiente sección.

## C. Información imperfecta

La literatura económica señala que los mercados son más eficientes mientras más completa sea la información que posee el consumidor, más barato sea obtenerla y menores sean los costos asociados a una decisión equivocada. Ahora bien, en la práctica estas premisas raramente se cumplen y (a pesar de la renuencia de muchos teóricos a admitirlo) ello afecta sustancialmente las predicciones de los modelos<sup>5</sup>.

En particular, el bien salud se aleja mucho del paradigma de perfecta información, pues el consumidor suele tener una deficiente información sobre su salud, los costos de mejorarla son altos y también lo son los asociados a una decisión errada<sup>6</sup>. Adicionalmente, un potencial asegurador tendrá, típicamente, aún menos información que el individuo sobre el estado de salud de éste.

### 1. Problemas del aseguramiento privado

El hecho de que los individuos posean información que no está disponible para el asegurador crea problemas de selección adversa y riesgo moral.

La selección adversa determina que el equilibrio agrupador sea inestable, pues las personas con menor riesgo de enfermar no tienen incentivos para asegurarse y viceversa, lo cual genera un círculo vicioso de elevación de primas y disminución de la población asegurada.

El riesgo moral determina que, mientras más amplia sea la cobertura, menor será el incentivo para que los individuos cuiden de su salud, lo cual explica la popularidad de los deducibles y los

---

<sup>4</sup> Algunos autores consideran que un gasto es catastrófico si es superior al 50% del ingreso disponible (Hernández *et al.*, 1997).

<sup>5</sup> Rothschild y Stiglitz (1976).

<sup>6</sup> Barr, N. (1992).

copagos en los seguros privados de salud, aunque ello incrementa el costo marginal de atenderse al suceder el evento desfavorable.

Los aseguradores privados, por su parte, tienen incentivos a obtener información (mientras puedan hacerlo a costos reducidos), con el fin de ajustar las primas al nivel de riesgo de los individuos o para seleccionar poblaciones a asegurar que tengan bajos riesgos. Por ello, utilizan diversas estrategias, tales como:

La negativa (o renuencia) a ofrecer aseguramiento amplio sobre la base de un contrato de largo plazo, para poder renegociar la prima si el individuo resulta tener serios (y costosos) problemas de salud; el uso de características fácilmente observables asociadas a los riesgos de salud (edad, sexo, nivel socioeconómico, etc.) para fijar las primas; el diseño de los contratos, aplicando primas bajas pero (nuevamente) altos deducibles y copagos, para que las personas con bajos riesgos de salud se autoseleccionen al aceptarlos; y, la integración vertical de la función de aseguramiento con la función de provisión del servicio, para tener acceso al expediente médico del individuo, como sucede en las Health Maintenance Organizations.

## 2. Ventajas de los seguros sociales

Por lo expuesto en el inciso anterior, puede concluirse que, en un entorno en que sólo existe aseguramiento privado, grandes grupos de personas no tendrán acceso al seguro médico, bien sea porque las empresas rehusarán ofrecérselo o porque sólo lo harán con primas prohibitivas.

Lo anterior provee una justificación teórica para la existencia de los seguros sociales, cuyos aspectos clave son: la afiliación obligatoria; y la constitución de una única cartera de riesgos administrada por el sector público.

La afiliación obligatoria permite enfrentar el problema de selección adversa y genera una solución de equilibrio agrupador, ya que las personas con una menor probabilidad de enfermar no pueden obviar el aseguramiento, lo que permite ajustar la prima al riesgo promedio y dar cobertura a todo tipo de enfermedades.

Sin embargo, el mercado asegurador tiene ciertas características de monopolio natural, ya que, entre mayor tamaño tenga la cartera de riesgos, menores serán las desviaciones entre la ocurrencia de los eventos desfavorables y sus probabilidades<sup>7</sup>. Por tanto, si el Estado se limitara a hacer obligatorio el aseguramiento, con agentes privados, el mercado tendería a segmentarse entre un número reducido de compañías de seguros, cada una de las cuales manejaría una cartera de riesgos de grandes dimensiones. Ello, a su vez, facilitaría las coaliciones oligopólicas entre las aseguradoras y, en caso que el Estado interviniese, permitiría la captura de la agencia reguladora por las empresas a ser reguladas.

Por tanto, la afiliación obligatoria debe complementarse con la constitución de una cartera única de riesgos administrada por el sector público.

La constitución de una única cartera de riesgos permite que ésta sea de grandes dimensiones y, por ende, la ocurrencia efectiva de los eventos desfavorables en un año cualquiera corresponda cercanamente a sus probabilidades. El hecho de que la cartera sea administrada por el sector público permite evitar los problemas inherentes a la regulación de un mercado con fuerte tendencia a la monopolización.

---

<sup>7</sup> Esto es, sencillamente, la ley de los grandes números de Bernoulli, aunque desde el punto de vista económico es intuitivamente más claro el resultado alternativo de que la varianza de la proporción de eventos desfavorables en  $n$  intentos es una función decreciente de  $n$  (ver p. ej. Freeman H., 1979), por lo que el riesgo de una cartera disminuye al aumentar el tamaño de ésta.

La combinación de las dos características anteriores permite que los seguros sociales aseguren, a un bajo costo, riesgos que implican gastos catastróficos para el hogar, pero cuya probabilidad de ocurrencia en la población es muy baja.

Vale la pena destacar que los argumentos anteriores no prejuzgan sobre la naturaleza pública o privada de la provisión de los servicios. En particular, es perfectamente factible que los seguros sociales operen a través de la subrogación (total o parcial) de los servicios a prestar a sus derechohabientes.

### **3. Subsidios y seguridad social**

En el marco de la política social, el Estado puede subsidiar, parcial o totalmente, a partir de impuestos generales, el aseguramiento de las personas más pobres o incluso el aseguramiento de toda la población. Ello conlleva el paso del concepto de seguro social (cuyo financiamiento es fundamentalmente contributivo) al de seguridad social, que abarca tanto la asistencia social como los subsidios generalizados al aseguramiento<sup>8</sup>.

La seguridad social permite disminuir las externalidades negativas provocadas al conjunto de la sociedad por el mal estado de salud de una parte de sus miembros, quienes no tienen capacidad económica para cubrir cuotas de aseguramiento.

De hecho, el concepto de seguridad social implica, al menos a nivel de imagen objetivo, el aseguramiento universal en materia de salud (nuevamente, sin prejuzgar sobre la naturaleza pública o privada de la provisión de los servicios)<sup>9</sup>.

Por último, cabe señalar que, en el caso extremo del subsidio total al aseguramiento de toda la población, el Estado suele financiar el gasto en salud con cargo a sus presupuestos anuales e incluso proveer directamente los servicios, con lo cual la función de aseguramiento no se hace explícita, al quedar subsumida en la de financiamiento o, en la de provisión de los servicios. No obstante, resulta más transparente hacerla explícita.

## **D. Incentivos**

La obligatoriedad de la afiliación a los seguros sociales y la existencia de subsidios gubernamentales a la atención de la salud, plantean problemas de incentivos que afectan el costo o la calidad de los servicios (o ambos), dado que al demandar servicios no se debe cubrir el costo de los mismos; y al ofrecer servicios no siempre se recibe un pago acorde con la calidad de los mismos.

En este contexto, asume especial relevancia la evaluación de: mecanismos específicos de contención de costos; y, en general, mecanismos alternativos para la atención de la demanda.

### **1. Mecanismos de contención de costos**

Los *mecanismos de contención de costos* más difundidos son:

El acotamiento del conjunto de bienes y servicios a proveer; el racionamiento por criterios médicos; el racionamiento por deducibles y copagos; y el racionamiento por líneas de espera.

---

<sup>8</sup> Ver Rejda, G. (1994).

<sup>9</sup> Algunos autores preconizan el aseguramiento universal (ver p. ej. Enthoven, 1989), en lugar de la ampliación de seguridad social, aparentemente para evitar confusiones entre este último concepto y el de la provisión de los servicios por parte de instituciones públicas.

El *acotamiento del conjunto de bienes y servicios a proveer*, permite excluir intervenciones de baja relación efectividad / costo, por lo que resulta, en principio, deseable. Sin embargo, este acotamiento debe basarse en una operacionalización cuidadosa del concepto de la relación efectividad / costo. En particular:

Para medidas preventivas o de detección, debe considerarse la probabilidad (a priori) de que, en ausencia de la misma, ocurra el evento disruptor de la salud; en cambio, para medidas curativas, debe considerarse la probabilidad (condicional) de que, dado que ya ocurrió el evento disruptor de la salud, la intervención permita el restablecimiento de ésta.

Esta distinción es importante, pues en el primer caso se tiene un costo cierto (de la medida preventiva o de detección) mientras que en el segundo el costo es contingente a que se dé el evento disruptor de la salud.

De esta manera, puede evitarse que se privilegien indebidamente los criterios epidemiológicos de prevalencia de las enfermedades en el acotamiento del conjunto de bienes y servicios a proveer<sup>10</sup>.

El *racionamiento por criterios médicos* es a menudo subvaluado (o simplemente ignorado) en la literatura económica. Sin embargo, puede argumentarse que, en manos de profesionales responsables, sus resultados son similares a los que resultarían de una aplicación de las herramientas formales de la economía de la salud (como serían los años de vida saludable perdidos).

El *cobro de deducibles y copagos* puede ser un mecanismo eficiente para reducir problemas de riesgo moral, sin embargo, puede entrar en conflicto con los objetivos de equidad<sup>11</sup> e incluso (en la medida en que eleva el costo marginal de atenderse) ocasionar efectos nocivos sobre el nivel de salud general de la población.

La magnitud de los efectos favorables o desfavorables de los deducibles y los copagos depende del nivel de ingreso del país y, sobre todo, de la distribución del mismo. Por ello, debe tenerse cautela al extrapolar las experiencias favorables con deducibles y copagos, ya que éstas se refieren, fundamentalmente, a países que no afrontan problemas graves de pobreza.

Finalmente, *el racionamiento por líneas de espera* resulta quizá el menos satisfactorio de todos y, cuando implica periodos excesivos (por ejemplo, cuando una alta proporción de los pacientes fallece antes de recibir el tratamiento) sería preferible sustituirlo por un racionamiento basado explícitamente en criterios médicos.

## 2. Mecanismos de atención de la demanda

La atención de la demanda de servicios de salud los hogares, por parte de los seguros sociales (o directamente por el Estado) puede darse a través de tres mecanismos básicos:

La provisión directa de bienes y servicios, que implica la contratación de personal asalariado, la adquisición directa de insumos y el alquiler, la adquisición o incluso la construcción de edificios, instalaciones y equipos; el pago por evento a los proveedores de servicios de salud; o, el pago de una prima capitada, ajustada por riesgo, a los proveedores de servicios de salud, a cambio de que éstos atiendan las demandas de los hogares.

---

<sup>10</sup> En México, se dan dos situaciones extremas en materia de acotamiento de los bienes y servicios a proveer, ya que los seguros sociales no hacen explícito tal acotamiento más que de manera indirecta (por ejemplo, a través del cuadro básico de medicamentos), mientras que la Secretaría de Salud define un paquete básico de salud muy restringido, centrado en acciones de salud comunitaria y sin el apoyo de un claro sistema de referencia y contrarreferencia.

<sup>11</sup> Barr, N. (1992) p. 784, al referirse a los copagos, señala: “copayments by patients are intended to induce efficiency by restraining the demand for medical care, but copayments large enough to produce efficiency gains can conflict with equity objectives.”

Con este último mecanismo, la función de aseguramiento es parcialmente transferida al proveedor de servicios de salud, ya que éste absorbe el costo o recibe el beneficio de las desviaciones entre la ocurrencia efectiva de los eventos desfavorables y las probabilidades de los mismos (que sirvieron de base para calcular la prima).

El distinguir entre diversos niveles de atención permite constatar que ninguno de los mecanismos de provisión es universalmente deseable.

En efecto, *la provisión directa* normalmente no incorpora mecanismos de competencia que tiendan a reducir costos y a mejorar la calidad de la atención, y ello es un problema especialmente grave en el caso de la medicina de familia.

Así, un médico de familia asalariado, no elegido por los usuarios, no tiene incentivos para atender las demandas de sus pacientes de manera confiable y efectiva. Además, frecuentemente no recibe, por parte de la familia, el respaldo necesario para un eficaz seguimiento de la salud de ésta y para la aplicación de medidas preventivas.

Sin embargo, la provisión directa puede ser una opción conveniente en el caso de servicios médicos de alta especialidad.

El *pago por evento* tiende a mejorar significativamente la calidad percibida de la atención de la salud, pero permite aumentos desproporcionados de los costos, especialmente cuando no existe un claro sistema de referencia y contrarreferencia, que racione el acceso a los servicios de mayor complejidad y costo.

El *pago de una prima capitada, ajustada por riesgo*, facilita la contención de costos respecto de la alternativa del pago por evento, y en la medida en que se combine con la libre elección, por parte del usuario, del proveedor de servicio, otorga incentivos a una mejor calidad de la atención.

Ahora bien, si la prima capitada, ajustada por riesgo, es pagada por la seguridad social (o directamente por el Estado) a un proveedor *integral* de servicios médicos (como una Health Maintenance Organization), el mercado tiende a segmentarse entre un número reducido de proveedores integrales de servicios médicos (como ya se comentó al analizar el aseguramiento privado) con los consecuentes problemas de regulación (incluida una posible captura de la agencia reguladora).

En cambio, en el caso de la medicina de familia, la prima capitada, ajustada por riesgo, es un mecanismo conveniente para atender la demanda de los hogares asegurados, en la medida en que se permita a éstos elegir libremente a su médico de familia. En efecto, el riesgo que asume el médico de familia por las desviaciones entre la ocurrencia efectiva de los eventos y las probabilidades de los mismos (que sirvieron de base para calcular la prima) es realmente pequeño, dado el acotamiento de su responsabilidad (proporcionar únicamente su tiempo de atención). En consecuencia, no se crean incentivos artificiales a que los médicos se asocien para conformar grandes carteras de riesgos. De esta manera, se conserva la tendencia natural del mercado a que los servicios médicos de complejidad reducida sean ofrecidos por un gran número de agentes.

Por tanto, *distinguir entre diversos niveles de atención, abre la posibilidad de combinar, de manera pragmática, distintos mecanismos de atención de la demanda*, como los descritos al inicio de este inciso, e incluso, el aseguramiento privado. Dicha combinación puede realizarse al interior de un determinado nivel de atención. Así, en el caso particular de la hospitalización básica, puede combinarse la provisión directa de los servicios con la reversión (parcial) de las cuotas de la seguridad social, a favor de quienes contraten un seguro de gastos médicos mayores.

## II. Salud, bienestar e ingresos

---

El estado de salud de una persona es un fenómeno multicausal, por lo que, en el capítulo anterior, se destacó la diversidad de factores que entrarían en una hipotética función de producción de salud.

En tal contexto, este capítulo analiza, en primer lugar, la importancia del nivel de ingresos de los hogares y de la oferta de servicios básicos en las localidades, en la determinación del acceso a insumos para la producción de salud.

A continuación, se examina la correlación negativa entre las esperanzas de vida y los niveles de pobreza (entendida como una deficiencia crítica de ingresos) y de marginación (entendida como la falta de acceso a satisfactores esenciales).

De esta manera, se establece la validez de la cadena causal que va del nivel de ingresos y la oferta de servicios básicos al acceso a insumos para la producción de salud y de ahí, al estado de salud de las personas (el cual se refleja, aunque de manera imperfecta, en las esperanzas de vida).

Ello destaca la importancia de un enfoque integral en el diseño de la política social, así como la contribución fundamental que puede y debe realizar la política económica al logro de los objetivos de la política de salud.

## A. Ingreso e insumos para la salud

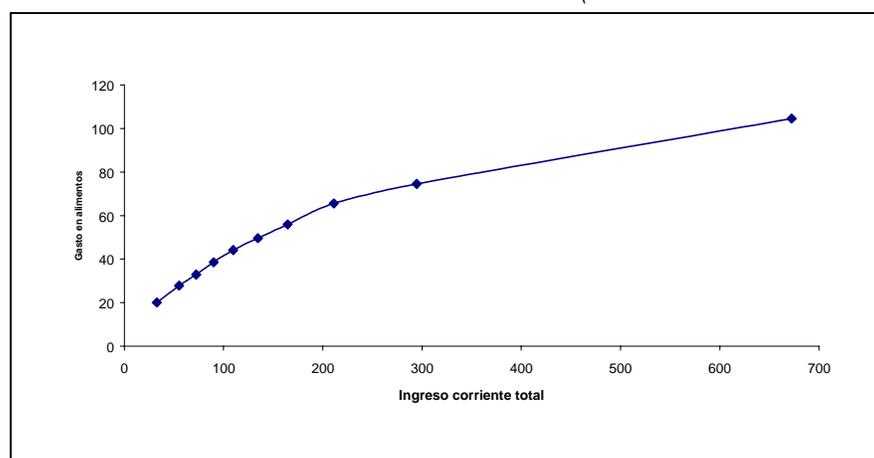
En esta sección se revisa brevemente la evidencia empírica disponible para el caso de México, respecto de la influencia del nivel de ingresos sobre el acceso a ciertos satisfactores que constituyen insumos importantes en la función de producción de salud, comprendidos en: la alimentación; los materiales, servicios y ajuar de la vivienda; y los niveles de escolaridad.

En el caso de la vivienda y la educación, los análisis se realizan por separado, para localidades urbanas y rurales, de manera de inferir los efectos de la oferta de servicios, ya que, en general, ésta es más limitada en las zonas rurales.

### 1. Alimentación

El valor monetario del consumo en alimentos<sup>12</sup> se eleva con el ingreso corriente total, aunque en forma menos que proporcional. Ello se constata en el siguiente gráfico, con base en los promedios por deciles de hogares según su ingreso corriente total (a nivel nacional).

**Gráfico 1**  
**VALOR DEL CONSUMO DE ALIMENTOS E INGRESO CORRIENTE TOTAL**  
**PROMEDIOS POR HOGAR, 1996**  
*(Pesos diarios de enero de 1999)*



Por tanto, es de esperar que los hogares con mayores ingresos tengan acceso a una mejor alimentación (aún después de considerar que parte del mayor gasto en alimentos se canaliza a mejoras en la calidad percibida de éstos).

### 2. Vivienda: características, servicios y ajuar<sup>13</sup>

En esta sección se comentan los análisis realizados sobre la influencia del ingreso corriente total<sup>14</sup> del hogar sobre la probabilidad de que la vivienda en que éste habita cuente con ciertos insumos importantes en la función de producción de salud, a saber:

<sup>12</sup> El valor monetario del consumo en alimentos de un hogar se obtiene agregando el gasto monetario en alimentos y los componentes alimentarios dentro del consumo, los pagos en especie y los regalos.

<sup>13</sup> Los resultados de este inciso son una versión ampliada y actualizada (usando la ENIGH96 en lugar de la ENIGH94) de los presentados por Carolina Yáñez (1998).

Piso encementado o recubierto (esto es, que no sea de tierra); agua potable; y, refrigerador.

La fuente de información utilizada fue la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares de 1996 (ENIGH96) y los análisis se realizaron para las zonas urbanas y las rurales por separado, con el fin de controlar, en cierta medida, el efecto de la oferta de servicios.

Se utilizaron modelos logit robustos<sup>15</sup> (para la variable dicotómica de tener o no la característica deseable), con el logaritmo del ingreso per cápita y el tamaño del hogar como variables explicativas, tanto para localidades urbanas como para localidades rurales.

El siguiente cuadro muestra los resultados obtenidos<sup>16</sup>:

**Cuadro 1**  
**MÍNIMOS DE BIENESTAR**

Características	Elasticidad Momios		Rho (a) (porcentajes)	Ingreso de equiprobabilidad (b)
	Ingreso per cápita	Número de miembros		
Piso de cemento o recubierto				
Zonas urbanas	3. 5730	2. 8418	33.71	302.60
Zonas rurales	2. 3255	1. 7623	23.27	313.73
Agua entubada dentro de la vivienda				
Zonas urbanas	3. 1200	2. 2306	35.32	669.10
Zonas rurales	2. 5378	1. 6958	28.51	1060.86
Refrigerador				
Zonas urbanas	3. 1329	2. 7287	34.59	535.58
Zonas rurales	2. 7950	2. 1399	31.19	654.47

**Notas:** (a) Seudo R cuadrada de Mc Fadden.

(b) Para un hogar de tamaño promedio, en pesos mensuales de 1999.

Como se observa:

La elasticidad de los momios de tener el satisfactor es invariablemente positiva; tanto: respecto del ingreso per cápita; como respecto del número de miembros (aunque estas últimas son sistemáticamente más bajas); y, los niveles de ingresos que corresponden a la equiprobabilidad entre tener y no tener el satisfactor: son consistentemente más altos en las zonas rurales que en las urbanas; y, son más bajos para el piso encementado o recubierto y más altas para el agua potable dentro de la vivienda.

A primera vista, parece paradójico que se requieran niveles de ingreso más altos para acceder a agua potable dentro de la vivienda que a un refrigerador, pero ello es consistente con el hecho de que, en México, la cobertura de electrificación es mucho mayor que la cobertura de las redes de agua potable, aunque ambas son mucho más altas en las zonas urbanas que en las rurales.

<sup>14</sup> En estricto sentido, debería haberse utilizado como variable explicativa una aproximación al ingreso completo, pero por sencillez se tomó directamente el dato de ingreso corriente total.

<sup>15</sup> Se truncaron las muestras, eliminando en cada caso aquellos hogares que: no tuvieran la característica deseada y reportaran un ingreso corriente total superior a su percentil 95; y tuvieran la característica deseada y reportaran un ingreso inferior a su percentil 5. En ambos casos se usaron estimadores robustos de los percentiles.

<sup>16</sup> Vale la pena destacar que el truncamiento de la muestra mejora sensiblemente los resultados, pues al comparar contra los que se obtienen con la muestra completa, se encuentra que aumentan tanto las seudo R cuadradas de Mc Fadden como las elasticidades de los momios respecto del ingreso per cápita y respecto del número de miembros.

Las razones de esta disparidad son en buena medida institucionales, ya que la Comisión Federal de Electricidad puede financiar la expansión del servicio hacia zonas marginadas mediante subsidios cruzados de otros usuarios; y, en cambio, el servicio de agua potable es proporcionado por los municipios que, hasta fechas muy recientes, no contaban con una autonomía financiera significativa (aunque esta situación se ha modificado con las recientes reformas a la Ley de Coordinación Fiscal).

### 3. Escolaridad<sup>17</sup>

Los niveles de escolaridad más relevantes como insumos en las funciones de producción de salud son los correspondientes a los adultos y, en especial, a la madre de familia. Sin embargo, estos niveles de escolaridad son más bien determinantes del nivel de ingresos del hogar que resultantes de éste, ya que la escolaridad de los adultos fue adquirida en gran medida durante su infancia, en el seno de un hogar distinto del que ahora pertenecen. Por tanto, para analizar el efecto del nivel de ingresos del hogar sobre la escolaridad, se limitó el análisis a los miembros más jóvenes de éste.

Específicamente se definió, para cada edad entre 7 y 15 años, un nivel de escolaridad deseable, a saber: Los niños y las niñas de 7 años debían tener aprobado el primer año de primaria; y así sucesivamente, hasta llegar a que, los niños y las niñas de 15 años debían tener aprobado el tercer año de secundaria.

El análisis se limitó a los hijos del jefe de familia de cada hogar, para evitar el efecto distorsionante de sobrinos, ahijados, etc. que se hubieran incorporado recientemente al hogar. La fuente de información utilizada fue la ENIGH96.

Se utilizaron modelos logit robustos (para la variable dicotómica de tener o no el nivel de escolaridad deseable) con el logaritmo del ingreso per cápita del hogar y la edad y el sexo del niño como variables explicativas, tanto para localidades urbanas como para localidades rurales. Los resultados obtenidos se resumen en el siguiente cuadro:

**Cuadro 2**  
**MÍNIMO BIENESTAR EDUCATIVO ESTRICTO**

Zona	Elasticidad Momios			Rho (c)	Ingreso de equiprobabilidad (d)	
	Ingreso	Sexo (a)	Edad escolar (b)	(porcentajes)	Varón de 12 años	Varón de 15 años
Zonas urbanas	1.6231	-0.2378	-0.2124	19.26	517.92	766.89
Zonas rurales	1.4069	-0.1905	-0.2689	16.67	539.16	956.70

**Notas:** (a) La categoría base son las niñas.  
(b) Edad menos 6 años.  
(c) Seudo R cuadrada de Mc Fadden.  
(d) Cifras en pesos mensuales de enero de 1999.

Como se observa:

La elasticidad de los momios de tener el nivel de escolaridad deseable, es: positiva respecto del ingreso per cápita del hogar; y, negativa respecto de la edad del niño;

<sup>17</sup> Los análisis de este inciso son una versión ampliada y actualizada (usando la ENIGH96, en lugar de la ENIGH94) de los presentados por Angélica Nava (1999).

La probabilidad de tener el nivel de escolaridad deseable, con todo lo demás constante, es mayor para las niñas que para los niños; y, los niveles de ingreso que corresponden a la equiprobabilidad entre tener o no el nivel de escolaridad deseable son más altos en las zonas rurales que en las urbanas.

## B. Esperanzas de vida

En esta sección se analiza el fenómeno de la mortalidad como un reflejo del estado de salud de la población. El estado de salud de una población incide, de manera determinante, en la tasa de mortalidad general, pero esta relación se ve mediada por otros factores demográficos. Así, para dos poblaciones en que coincidan las respectivas probabilidades de fallecimiento a cada edad, pero que tengan distintas pirámides de edades, se tendrán, normalmente, diferentes tasas de mortalidad general. En cambio, las esperanzas de vida de la población son inmunes a los cambios en la estructura por edades de la población que se asocian a la transición demográfica<sup>18</sup>. Por ello, se utilizarán preferentemente las esperanzas de vida como indicador indirecto del estado de salud de la población.

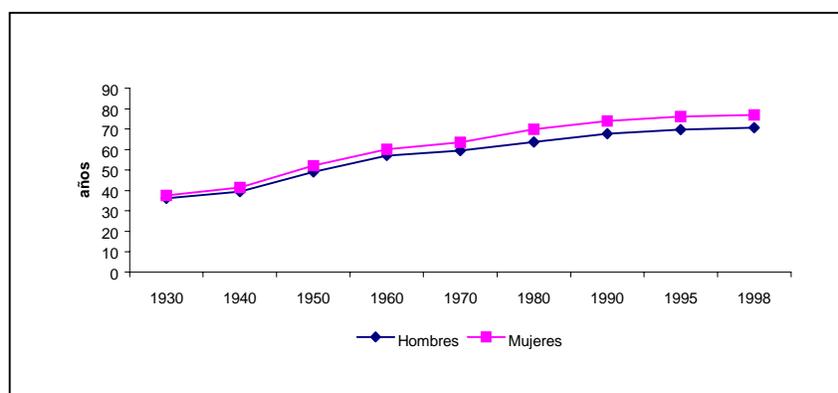
Ahora bien, como se ha señalado en la sección anterior, el nivel de ingresos y la oferta de servicios públicos determinan en gran medida el acceso a insumos para la producción de salud, mismos que tienen una incidencia fundamental en el estado de salud de las personas. Por ello (y para fundamentar en cierta medida esta última vinculación) se destacará la relación entre el fenómeno de la mortalidad y los indicadores de pobreza y marginación disponibles.

### 1. Evolución

La esperanza de vida al nacer, en México, ha experimentado una mejoría constante, cuando menos desde 1930 a 1998. Específicamente, se ha incrementado de 36.1 años a 70.7 años, para los hombres; y de 37.5 años a 77.0 años, para las mujeres.<sup>19</sup>

Esta evolución se muestra en el siguiente gráfico:

**Gráfico 2**  
**ESPERANZAS DE VIDA AL NACIMIENTO EN LA REPÚBLICA MEXICANA**



<sup>18</sup> Naturalmente, las esperanzas de vida no ofrecen una imagen completa del estado de salud de la población, lo que ha llevado al uso de indicadores específicos del peso de la enfermedad, como es el caso de los años de vida saludable perdidos (Avisap), los cuales, sin embargo, tampoco ofrecen una imagen completa del peso de la enfermedad pues (al menos en el caso de las estimaciones para México) omiten los efectos de la morbilidad leve (aquella que no desemboca en invalidez o muerte), a pesar de su gran importancia social y económica (p. ej., por su impacto en el ausentismo laboral).

<sup>19</sup> Si una persona sobrevive un año enfrenta una probabilidad de muerte diferente (normalmente menor) a la que existía el año anterior, para esa misma edad. Si no se incorpora este efecto, se obtienen estimaciones ligeramente menores.

## 2. Heterogeneidad regional

Las esperanzas de vida al nacer, por entidad federativa, muestran una clara dispersión. Así, las mayores esperanzas de vida, para 1998, son de 72.5 años en el caso de los hombres (Nuevo León) y 78.3 años en el caso de las mujeres (Baja California Sur). En cambio, las menores esperanzas de vida, también para 1998, son de 68.3 años en el caso de los hombres y de 75.5 años en el de las mujeres (ambas corresponden a Oaxaca).

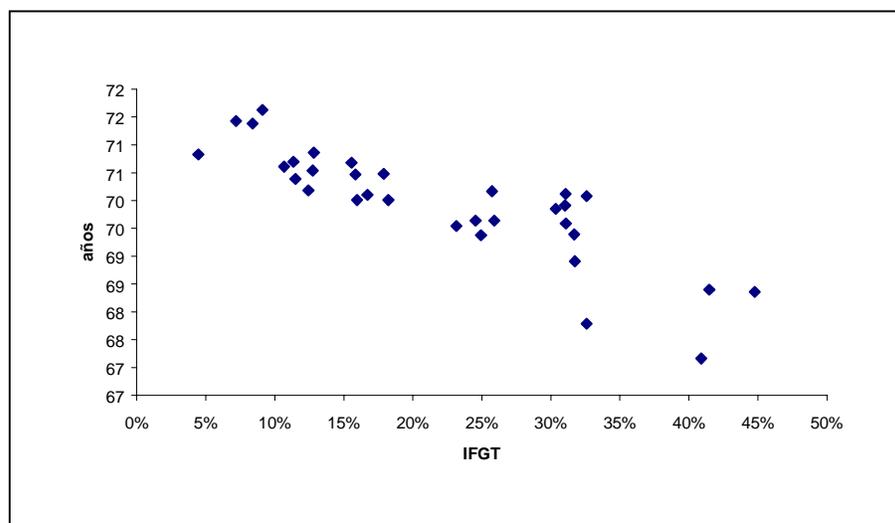
Vale la pena señalar que diversas estimaciones (para los años censales) señalan consistentemente a Oaxaca como la entidad federativa con la menor esperanza de vida, tanto para los hombres como para las mujeres.

## 3. Influencia de la pobreza y la marginación

La heterogeneidad en las esperanzas de vida refleja, con cierta aproximación, la heterogeneidad interregional en los niveles de vida promedio.

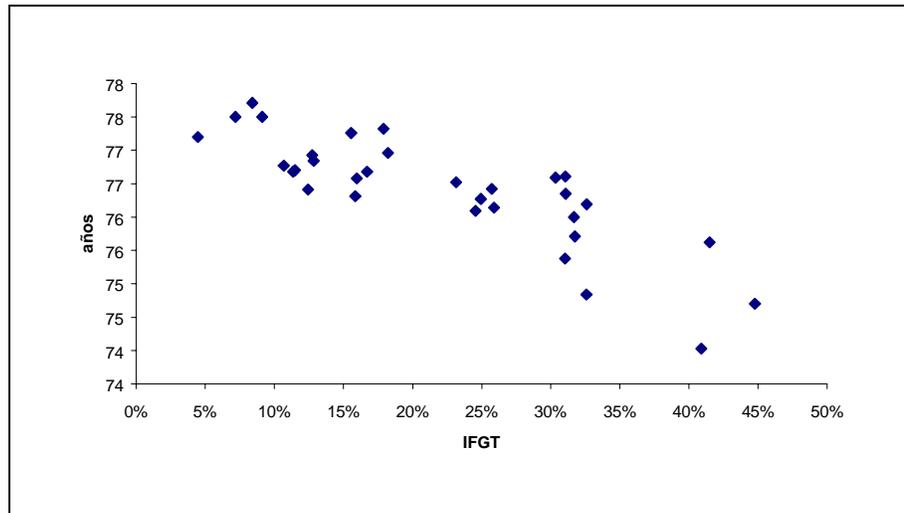
Así, los gráficos siguientes muestran la relación inversa entre la esperanza de vida al nacer y el índice de pobreza de Foster - Greer - Thorbecke (IFGT)<sup>20</sup>, para 1995:

Gráfico 3  
ESPERANZAS DE VIDA AL NACER E IFGT, HOMBRES 1995



<sup>20</sup> Foster, J., J. Greer y E. Thorbecke (1984), "A Class of Decomposable Poverty Measures", *Econometría*, vol. 52, núm. 3, pp. 761–766.

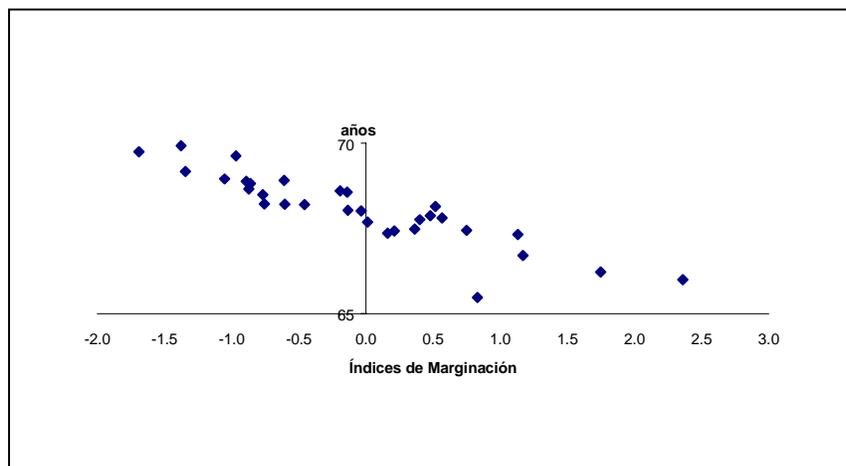
**Gráfico 4**  
**ESPERANZAS DE VIDA AL NACER E IFGT, MUJERES 1995**



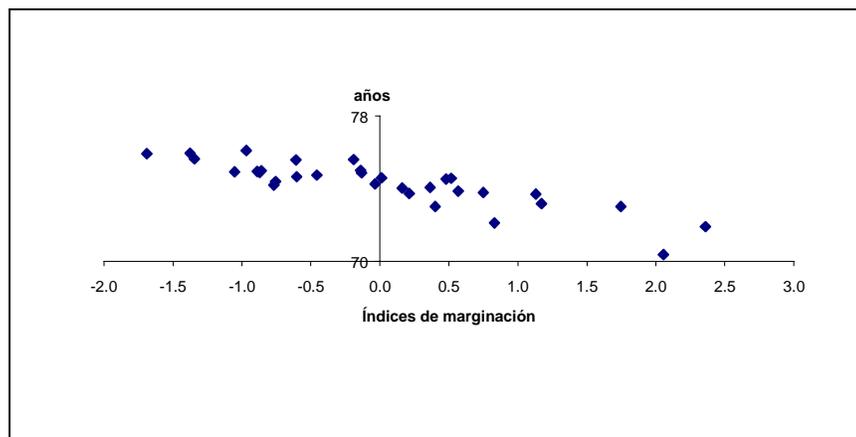
Por su parte, los gráficos que se muestran a continuación ilustran la relación inversa entre la esperanza de vida al nacer y el índice de marginación calculado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), para 1990, el cual toma en cuenta los siguientes porcentajes:

Población analfabeta mayor de 16 años; población sin primaria completa mayor de 15 años; ocupantes en viviendas sin drenaje; ocupantes en viviendas sin agua entubada; viviendas con hacinamiento; viviendas con piso de tierra; ocupados con ingreso menor a dos salarios mínimos; y, aunque resulta cuestionable, población en localidades de menos de 5.000 habitantes.

**Gráfico 5**  
**ESPERANZAS DE VIDA AL NACER E ÍNDICE DE MARGINACIÓN CONAPO, HOMBRES, 1990**



**Gráfico 6**  
**ESPERANZAS DE VIDA AL NACER E ÍNDICE DE MARGINACIÓN**  
**CONAPO, MUJERES 1990**



#### 4. Balance

Los resultados de los incisos anteriores permiten inferir que las esperanzas de vida de los miembros del hogar dependen, en buena medida, del nivel de ingreso permanente del mismo, así como del acceso a los servicios públicos que existan en la localidad.

Este resultado difícilmente puede sorprender a la luz de las consideraciones del marco conceptual y de los resultados de la sección anterior, pero también sugiere que las políticas públicas en materia de salud han sido insuficientes o no han sido adecuadamente orientadas en función de criterios distributivos, ya que no han podido reducir a un nivel moderado la heterogeneidad en las esperanzas de vida por niveles socioeconómicos.

### C. Implicaciones

La importancia del nivel de ingresos y la oferta de servicios públicos en el acceso a insumos para la producción de salud, destaca la relevancia de la política social en la mejoría del estado de salud de la población. Por tanto, se confirma la aseveración planteada en el Capítulo I, a saber, que toda política social es una política de salud.

Más específicamente, el logro de los objetivos de la política de salud requiere del uso de instrumentos vinculados directamente a las políticas educativa y de vivienda, entre otras.

Incluso, si se desea mejorar las condiciones de salud de la población a través del gasto público, el mejor uso marginal de los recursos puede corresponder a un programa de alfabetización (o de castellanización) o bien a la inversión en redes de agua potable, antes que a la construcción de más hospitales o a la ampliación del cuadro de vacunas obligatorias.

### **III. El sistema nacional de salud y los servicios privados de salud**

---

El propósito de este capítulo es bosquejar la estructura, alcances y limitaciones de los servicios de salud en México, los cuales abarcan el Sistema Nacional de Salud (SNS); y los servicios privados de salud.

A su vez, el SNS consta de dos subsistemas débilmente coordinados entre sí (y que presentan una acentuada desarticulación interna), a saber los seguros sociales; y los servicios de salud para la población abierta.

#### **A. Seguros sociales**

Los seguros sociales cubren a los trabajadores asalariados del sector público y privado y a sus familiares. Los tres principales seguros sociales en México son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM).

Adicionalmente, los gobiernos estatales han creado seguros sociales para sus trabajadores (los llamados ISSSTEs estatales), y algunos organismos descentralizados, como Petróleos Mexicanos, cuentan con servicios médicos independientes.

## **1. Sujetos de aseguramiento**

Los sujetos de aseguramiento son quienes legalmente están obligados a cotizar a los seguros sociales, así como quienes pueden hacerlo, de manera voluntaria, para obtener los derechos correspondientes.

### **a) IMSS**

Conforme a la Ley del Seguro Social (LSS), son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio (Art. 12): “Primero, las personas que se encuentren vinculadas a otras, de manera permanente o eventual, por una relación de trabajo cualquiera que sea el acto que le dé origen y cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón y aun cuando éste, en virtud de alguna Ley especial, esté exento del pago de impuestos o derechos. Segundo, los miembros de sociedades cooperativas de producción, y tercero, las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del Decreto respectivo, bajo los términos y condiciones que señala esta Ley.”

### **b) ISSSTE**

La Ley del ISSSTE (LISSSTE) se aplica (Art. 1): “Primero, a los trabajadores al servicio civil de las dependencias y de las entidades de la administración pública federal que por ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal se incorporen a su régimen, así como a los pensionistas y a los familiares derechohabientes de unos y otros; segundo, a las dependencias y entidades de la administración pública federal y de los Poderes de la Unión a que se refiere esta ley; tercero, a las dependencias y entidades de la administración pública federal en los estados y municipios y a sus trabajadores en los términos de los convenios que el Instituto celebre de acuerdo con esta ley, y las demás disposiciones de las demás legislaturas locales; cuarto, a los diputados y senadores que durante su mandato constitucional se incorporen individual y voluntariamente al régimen de esta ley.”

### **c) ISSFAM**

Conforme a la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (LISSFAM), son sujetos de aseguramiento: “Los militares en situación de activo y de retiro” (Art. 17).

Para los efectos de la LISSFAM “se entiende por militares a los miembros del Ejército, de la Fuerza Aérea y de la Armada de México” (Art. 126).

## **2. Seguros, prestaciones y servicios**

### **a) IMSS**

El régimen obligatorio del IMSS comprende los siguientes seguros (Art. 11, LSS): “Primero, riesgos de trabajo; segundo, enfermedades y maternidad; tercero, invalidez y vida; cuarto, retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y quinto, guarderías y prestaciones sociales.”

De ellos, el de mayor interés para el presente trabajo es el Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM), aunque el Seguro de Riesgos de Trabajo involucra también servicios médicos.

### **b) ISSSTE**

La LISSSTE establece, con carácter obligatorio, los siguientes seguros, prestaciones y servicios (Art. 3°):

- I. Medicina preventiva;

- II. Seguro de enfermedades y maternidad;
- III. Servicios de rehabilitación física y mental;
- IV. Seguro de riesgos del trabajo;
- V. Seguro de jubilación;
- VI. Seguro de retiro por edad y tiempo de servicios;
- VII. Seguro de invalidez;
- VIII. Seguro por causa de muerte;
- IX. Seguro de cesantía en edad avanzada;
- X. Indemnización global;
- XI. Servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil;
- XII. Servicios integrales de retiro a jubilados y pensionados;
- XIII. Arrendamiento o venta de habitaciones económicas pertenecientes al Instituto;
- XIV. Préstamos hipotecarios y financiamiento en general para vivienda, en sus modalidades de adquisición en propiedad de terrenos y/o casas habitación, construcción, reparación, ampliación o mejoras de las mismas; así como para el pago de pasivos adquiridos por estos conceptos;
- XV. Préstamos a mediano plazo;
- XVI. Préstamos a corto plazo;
- XVII. Servicios que contribuyan a mejorar la calidad de vida del servidor público y familiares derechohabientes;
- XVIII. Servicios turísticos;
- XIX. Promociones culturales, de preparación técnica, fomento deportivo y recreación;
- XX. Servicios funerarios, y
- XXI. Sistema de Ahorro para el Retiro.”

De estos seguros, los tres primeros son los más relevantes para el presente trabajo, aunque el seguro de riesgos de trabajo involucra también servicios médicos.

### c) ISSFAM

La LISSFAM establece, con carácter obligatorio, los siguientes seguros, prestaciones y servicios (Art.16):

- I. Haberes de retiro;
- II. Pensiones;
- III. Compensaciones;
- IV. Pagas de defunción;
- V. Ayuda para gastos de sepelio;
- VI. Fondo de trabajo;
- VII. Fondo de ahorro;
- VIII. Seguro de vida;
- IX. Venta y arrendamiento de casas;
- X. Préstamos hipotecarios y a corto plazo;
- XI. Tiendas, granjas y centros de servicio;
- XII. Hoteles de tránsito;
- XIII. Casas hogar para retirados;
- XIV. Centros de bienestar infantil;
- XV. Servicio funerario;
- XVI. Escuela e internados;
- XVII. Centros de alfabetización;
- XVIII. Centros de adiestramiento y superación para esposas e hijas de militares;
- XIX. Centros deportivos y de recreo;
- XX. Orientación social;

- XXI. Servicio médico; y
- XXII. Servicio médico subrogado y de farmacias económicas.”

De estos seguros, prestaciones y servicios los más relevantes para el presente estudio son los dos últimos.

### **3. Derechohabientes y asegurados**

Los asegurados de los seguros sociales son fundamentalmente los cotizantes, ya sean éstos trabajadores, o bien, afiliados a regímenes especiales<sup>21</sup>.

Los asegurados, los pensionados y los familiares directos de ambos son cubiertos por los seguros sociales, es decir, son derechohabientes de éstos.

Los criterios generales de derechohabiencia son similares en los distintos seguros sociales, pero existen variantes específicas en cada uno. Así, son derechohabientes, además del asegurado o pensionado (Art. 84, LSS; Art. 24, LISSSTE; Art. 152, LISSFAM):

En el caso de los asegurados o pensionados varones, la esposa o a falta de ésta, la concubina (definida como la mujer con la que ha hecho vida marital durante los últimos cinco años o ha procreado hijos), si depende económicamente del asegurado o pensionado; en el caso de las aseguradas o pensionadas, el esposo o concubinario, pero sólo si depende económicamente de la asegurada o pensionada, requisito al que se adiciona, en el caso del ISSFAM y el ISSSTE, el estar incapacitado para trabajar, aunque en el caso del ISSSTE se admite también el tener más de 55 años; el padre y la madre del asegurado o pensionado, si dependen económicamente de éste, requisito al que se añade, en el caso del IMSS, el de que vivan en el mismo hogar, mientras que en el caso del ISSFAM sólo se imponen requisitos adicionales al padre: ser mayor de 55 años o estar incapacitado; los hijos del asegurado o pensionado que dependan económicamente de él:

- ◇ en el caso del IMSS: hasta los 16 años; hasta los 25 años, si estudian en el sistema educativo nacional; y de cualquier edad, si son incapacitados;
- ◇ en el caso del ISSSTE (que cubre también a los hijos del cónyuge): hasta los 18 años; hasta los 25 años, si son solteros y están realizando estudios de nivel medio o superior en planteles oficiales o reconocidos; y de cualquier edad, si son incapacitados;
- ◇ en el caso del ISSFAM: hasta los 18 años, si son varones solteros; hasta los 25 años, si son varones solteros y estudian en planteles oficiales o incorporados; de cualquier edad, si son varones incapacitados; y de cualquier edad, si son hijas solteras.

La diversidad en aspectos específicos de los criterios de derechohabiencia, determina, entre otras cosas, que si una familia pasa de un sistema a otro, puede perder la cobertura de alguno de sus miembros.

### **4. Prestaciones de los seguros médicos**

#### **a) Prestaciones en especie**

Los derechohabientes de los seguros sociales tienen derecho, en caso de enfermedad, a las siguientes prestaciones en especie: medicina preventiva, diagnóstico y asistencia médico–quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria (Art. 91, LSS; Art. 23, fracción I, LISSSTE; Arts. 152 y 153, LISSFAM). Ello incluye a los asegurados, excepto en el caso del personal militar en activo, que no está cubierto por el ISSFAM, ya que los servicios médicos les deben ser proporcionados

---

<sup>21</sup> Por ejemplo, continuación voluntaria y seguro facultativo, en el IMSS.

directamente por la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) o la Secretaría de Marina (SECMAR), presumiblemente por razones de seguridad nacional.

Las aseguradas y las esposas o concubinas de los asegurados o pensionados tienen derecho a atención obstétrica y ayuda en especie para lactancia (Arts. 94 y 95, LSS; Art. 28, LISSSTE; Art. 159, LISSSFAM). Las aseguradas de las tres instituciones, así como las esposas y concubinas de los asegurados del ISSSTE y el ISSFAM tienen derecho, también, a una canastilla de maternidad (Art. 94, fracción III, LSS; Art. 28, fracción III, LISSSTE; Art. 161, LISSSFAM). En el ISSSTE estos derechos se extienden a las hijas menores de 18 años del asegurado (Art. 28 LISSSTE).

#### **b) Prestaciones en dinero**

En caso de enfermedad que los imposibilite para trabajar, los asegurados tienen derecho:

En el IMSS, a subsidios en dinero (Art. 96, LSS); en el ISSSTE, a licencias con goce de sueldo o con medio sueldo (Art. 23, fracción II, LISSSTE); y en el caso del personal militar en activo, al mantenimiento de sus haberes (aunque también aquí, directamente de SEDENA o SECMAR y no a través del ISSFAM).

Por último, las aseguradas tienen derecho, en caso de maternidad:

En el IMSS, a un subsidio en dinero del 100% de su salario de cotización, durante los 42 días anteriores al parto y los 42 días posteriores al mismo (Art. 101, LSS); en el ISSSTE, a una licencia con goce de sueldo, durante los 45 días anteriores al parto y los 45 días posteriores al mismo; y, en el ISSFAM, a una licencia con goce de haberes durante el mes anterior al parto y los dos meses posteriores al mismo (Art. 162, LISSFAM).

#### **c) Comentario**

Aunque las prestaciones son muy similares en los tres institutos, existe una clara heterogeneidad en los criterios específicos de elegibilidad para las prestaciones, lo cual acentúa las disparidades de cobertura generadas por los criterios de derechohabencia.

### **5. Regímenes financieros de los seguros médicos**

Los seguros sociales se financian con una combinación de cuotas patronales, gubernamentales y de los trabajadores.

#### **a) IMSS**

Las reformas a la Ley del Seguro Social (LSS), que entraron en vigor en julio de 1997, fueron diversas (p. ej., se introdujo una nueva fórmula para calcular las primas del seguro de riesgos de trabajo) pero dos de ellas eclipsan por su importancia a todas las demás: el paso a un sistema de pensiones basado en cuentas individuales capitalizables y la sustitución, en el seguro de enfermedades y maternidad (SEM), de las cuotas proporcionales al salario por una cuota prácticamente única. A continuación se describe esta última reforma, para lo cual se comparan el régimen financiero anterior del SEM y el actual.

##### *i) El régimen anterior*

Las cuotas del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) equivalían al 12.5% del salario de cotización y correspondían :

8.750% del salario de cotización, a los patrones; 3.125% del salario de cotización, a los trabajadores; y 0.625% del salario de cotización, al Gobierno Federal.

Esta cuotas financiaban conjuntamente prestaciones en dinero y prestaciones en especie. Las prestaciones en dinero eran proporcionales al salario de cotización, pero equivalían apenas a un 0.7% del salario de cotización, lo cual dejaba 11.8% para las prestaciones en especie.

Dado que las prestaciones en especie eran (y siguen siendo) independientes del salario de cotización de los asegurados, existían importantes subsidios cruzados por niveles de cotización, de los trabajadores que declaraban salarios altos hacia los que declaraban salarios bajos. Estos subsidios cruzados por niveles de cotización inducían serias distorsiones, pues:

Daban lugar a un impuesto sobre los salarios de los trabajadores de ingresos más altos, que son normalmente los más calificados, es decir, un impuesto que gravaba específicamente el capital humano, por lo que tendían a distorsionar la estructura productiva del país, inducían artificialmente a trabajar en forma independiente a los trabajadores más calificados e incentivaban la selección adversa en la afiliación, pues muchas empresas sólo afiliaban a sus trabajadores de menores ingresos y a los demás les pagaban por honorarios; determinaban que se percibiera como un puro impuesto todo el excedente de la cuota por encima del nivel correspondiente al salario mínimo, lo cual incentivaba la subdeclaración, ya sea abierta (sobre todo en las empresas pequeñas, por la baja probabilidad de una auditoría a fondo) o legal (sobre todo en las empresas medianas y grandes, aprovechando los conceptos excluidos de la base de cotización: vales de despensa, premios por asistencia y puntualidad, fondo de ahorro, etc.); generaban redistribuciones discutibles desde un punto de vista de equidad, puesto que el IMSS no llega los trabajadores informales y no capta recursos de los individuos de altos ingresos que derivan éstos de honorarios, intereses, dividendos o arrendamientos; dificultaban la incorporación de los trabajadores por cuenta propia, al plantear el falso problema de cuál sería el salario equivalente sobre el cual deberían cotizar, ya que sus ingresos tienen un fuerte componente aleatorio e incorporan tanto remuneraciones implícitas al trabajo como al capital; y creaban un obstáculo para los esquemas de reversión de cuotas, pues éstos sólo resultaban atractivos para empresas con salarios promedio altos y el permitirlos de manera amplia originaría el desfinanciamiento del ramo.

## *ii) El régimen actual*

La reforma separó el financiamiento de las prestaciones en dinero y en especie, pues:

Las prestaciones en dinero se financian con una cuota de 1% del salario de cotización, de la cual el Gobierno Federal cubre el 5% (LSS, art. 107); y las prestaciones en especie se financian (LSS, art. 106 y art. décimo noveno transitorio) con: una cuota patronal, que inicialmente era de 13.9% salarios mínimos del Distrito Federal (smDF) y que se elevará, a lo largo de 10 años, hasta 20.4% smDF; una cuota obrero - patronal sobre el excedente del salario de cotización respecto a 3 smDF, que era inicialmente del 8% y se reducirá, a lo largo de 10 años, hasta ser del 1.5%; una cuota gubernamental, fija en términos reales (indizada al INPC), cuyo valor es equivalente a 13.9% smDF de la fecha en que entró en vigor la nueva LSS.

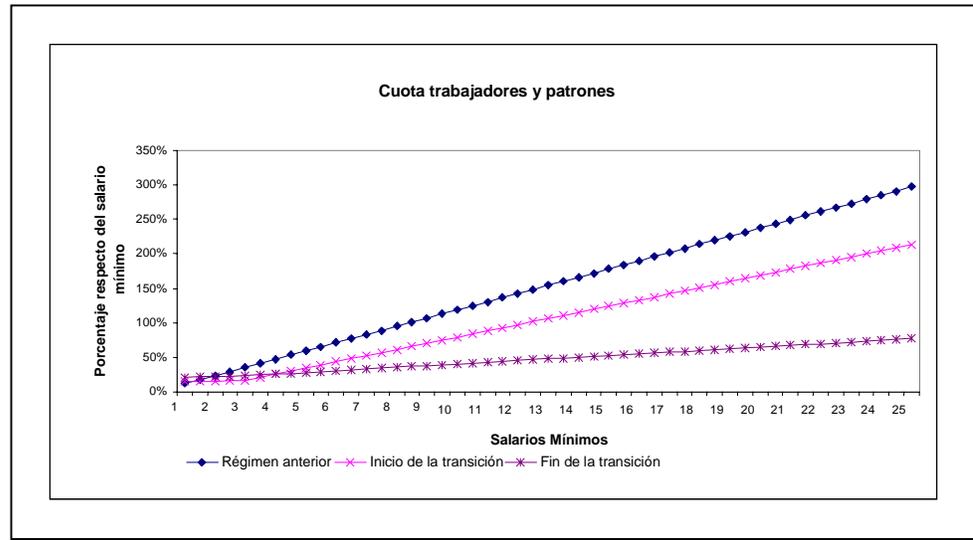
Por tanto, se trata de que las prestaciones en especie del SEM se financien con una cuota prácticamente única (esto es, independiente del salario declarado por el trabajador), ya que, la única parte de la cuota total que depende del salario es la cuota obrero - patronal sobre el excedente respecto de 3 smDF y, al finalizar la transición, ésta será de sólo 1.5%. De esta manera, se busca reducir al mínimo los subsidios cruzados por nivel de cotización y sus efectos nocivos. Sin embargo, el largo período de transición adoptado implica que (pese a nuestro optimista uso del tiempo pasado en el inciso anterior) aún persisten subsidios cruzados por nivel de cotización y sus consecuentes distorsiones.

La aportación gubernamental se incrementó sustancialmente, de aproximadamente 0.6% smDF por asegurado a 13.9% smDF por asegurado. Ello permitió una importante reducción en el nivel promedio de las cuotas obrero - patronales, ya que éstas se fijaron tratando de preservar el ingreso promedio por asegurado del IMSS, sobre la base de que el salario de cotización promedio

era de alrededor de 3 smDF (aunque, al indizarse la cuota patronal al salario mínimo y no al INPC, se introdujo un elemento de incertidumbre sobre su futuro nivel real).

El siguiente gráfico permite apreciar los cambios en la cuota obrero – patronal al pasarse de la cuota proporcional al salario del régimen anterior (1996) a una cuota prácticamente única al finalizar la transición (2007), junto con la situación al iniciarse la transición (1997). Además, al comparar el régimen anterior con el inicio de la transición se aprecia la reducción general en la cuotas obrero – patronales (posibilitada por la mayor aportación gubernamental).

**Gráfico 7**  
**SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD**



### b) ISSSTE

Todo trabajador incorporado al ISSSTE debe cubrir una cuota fija del 8.0% de su sueldo de cotización. Para cubrir los seguros de medicina preventiva, enfermedades, maternidad y los servicios de rehabilitación física y mental se aplica un 2.75% del sueldo de cotización (Art. 16, ISSSTE).

Además, las dependencias y entidades públicas sujetas al régimen del ISSSTE deben cubrir, como aportaciones, el equivalente al 17.75% del sueldo de cotización de los trabajadores. Para cubrir los seguros de medicina preventiva, enfermedades, maternidad y los servicios de rehabilitación física y mental se aplica un 6.75% del sueldo de cotización.

La correcta percepción de que las cuotas de aseguramiento médico sobre los salarios más altos generan rentas para la burocracia del ISSSTE, ha llevado a que el Gobierno Federal adopte prácticas de elusión, similares a las utilizadas por el sector privado con el IMSS.

Así, las percepciones de una gran parte del personal federal superan significativamente el salario de cotización (lo cual perjudica a los trabajadores, al reducirse el monto de la pensión a que tienen derecho).

### c) ISSFAM

El Gobierno Federal debe destinar una cantidad equivalente al 10.0% de los haberes y de los haberes de retiro, para el servicio médico integral y para las prestaciones para las que no hubiere cuota específica.

## 6. Trabajadores no sujetos a afiliación obligatoria

La estructura del mercado laboral, dado el marco institucional vigente, condiciona los alcances de los seguros.

En efecto, el hecho de que los trabajadores por cuenta propia y los patrones no sean sujetos del régimen obligatorio del IMSS, representa un obstáculo de primera magnitud para la ampliación de la cobertura de los seguros sociales, la cual podría ser casi total bajo otro arreglo institucional, dado que:

La población ocupada representa un porcentaje muy alto de la población en edad de trabajar y en particular, de la población masculina de 25 a 49 años; y los trabajadores por cuenta propia (y los patrones) tienen ingresos similares o superiores a los de los asalariados, por lo que, en principio, tienen capacidad de pago de primas.

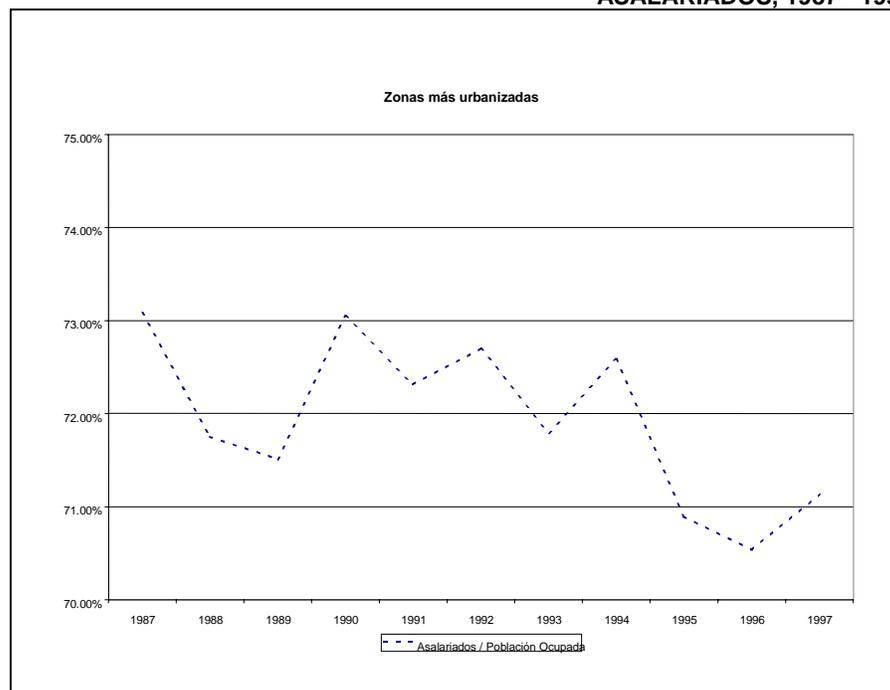
### a) Importancia del Empleo no Asalariado

De acuerdo con el levantamiento para 1996 de la Encuesta Nacional de Empleo (ENE96):

La población ocupada era de 35.2 millones de personas y representaba, a nivel nacional, el 53.3% de la población de doce años y más: 51.9% en las zonas más urbanizadas (Z+U, localidades de 100 mil habitantes o más) y 54.6% en las zonas menos urbanizadas (Z-U, localidades de menos de 100 mil habitantes); la proporción de ocupados alcanzaba 94.3% entre los varones de 25 a 49 años; sin embargo, sólo el 52.7% de los ocupados eran asalariados, a nivel nacional: 64.5% en las Z+U y 42.7% en las Z-U.

Adicionalmente, la Encuesta Nacional de Empleo Urbano (ENEU) permite calcular el coeficiente de población asalariada respecto de la ocupada, de 1987 a 1997, aunque sólo para las zonas más urbanizadas. Como se puede constatar en el siguiente gráfico, esta proporción ha oscilado con tendencia a disminuir.

**Gráfico 8**  
**ASALARIADOS, 1987 - 1997**



## b) Ingresos de los Trabajadores por Cuenta Propia

La ENE96 permite calcular, para las Z+U y Z-U, las medianas de los ingresos por hora laborada de los asalariados y de los trabajadores por cuenta propia, controlando por sexo, nivel de escolaridad y estrato de edad y, en el caso de los asalariados, también por el número de trabajadores en la empresa empleadora<sup>22</sup>. Adicionalmente, puede distinguirse, en las Z-U, entre los ocupados en labores agropecuarias y no agropecuarias.

El siguiente cuadro muestra las medianas de los ingresos por hora trabajada para las categorías con mayor número de observaciones: hombres de baja escolaridad (primaria incompleta o completa), de 15 a 64 años, tanto en Z-U y labores no agropecuarias como en Z+U.

**Cuadro 3**  
**INGRESO POR HORA NORMALIZADO EN VECES EL SALARIO MÍNIMO**  
(Según edad y nivel de instrucción)

Hombres	Asalariados en empresas de								Trabajadores por cuenta propia			
	51 y más trabajadores				1 a 5 trabajadores				15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54
Zonas más urbanizadas	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54				
1 a 3 de primaria	1.50	1.72	1.67	1.87	1.13	1.23	1.44	1.48	1.64	1.81	2.05	1.69
4 o 5 de primaria	1.57	1.77	1.72	2.22	1.19	1.35	1.50	1.42	1.37	1.71	1.74	1.88
Primaria completa	1.52	1.80	2.12	2.21	1.25	1.47	1.50	1.43	1.35	1.64	1.93	1.90
Zonas menos urbanizadas, actividades no Agropecuarias												
1 a 3 de primaria	1.40	1.81	1.85	1.89	1.08	1.38	1.40	1.61	1.29	1.61	1.80	1.44
4 o 5 de primaria	1.47	1.61	1.66	1.92	1.10	1.30	1.30	1.24	1.35	1.81	1.69	1.81
Primaria completa	1.59	2.00	2.16	2.52	1.20	1.47	1.50	1.27	1.81	1.77	1.93	1.81

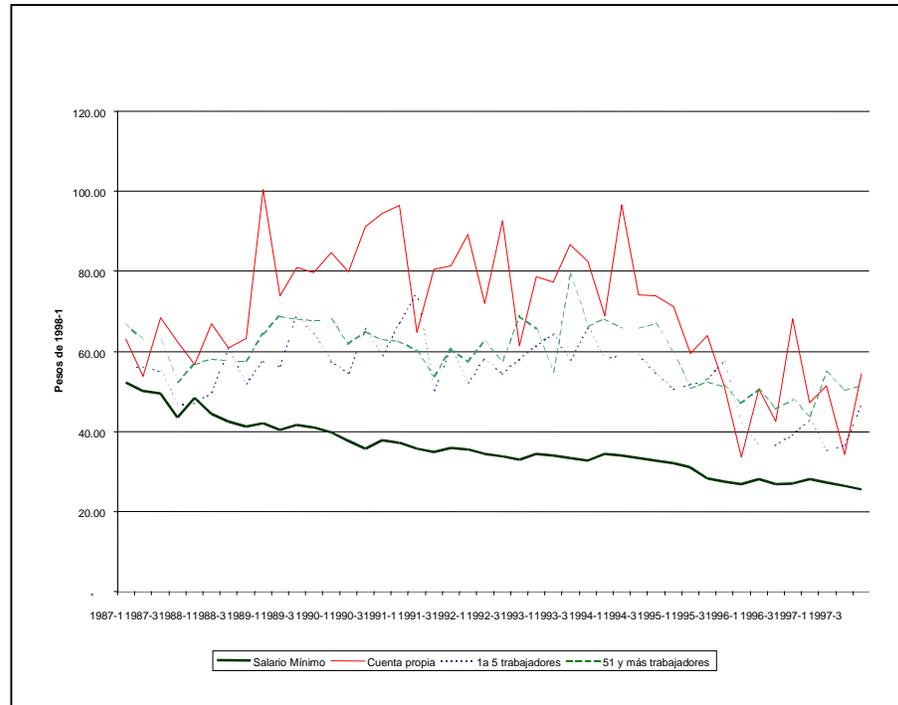
Como se observa, los trabajadores por cuenta propia tienden a ganar más que los asalariados de las mismas características ocupados en empresas de 1 a 5 personas, aunque menos, en general, que aquellos ocupados en empresas de 51 y más personas. En todo caso, los ingresos por hora trabajada superan consistentemente el salario mínimo, aún en el caso de los asalariados en empresas de 1 a 5 personas.

La ENEU permite calcular también las medianas del ingreso por hora trabajada de los asalariados y los cuenta propia, controlando por características personales y en el caso de los asalariados, también por tamaño de la empresa, para todos los trimestres de 1987 a 1997, aunque sólo para las Z+U.

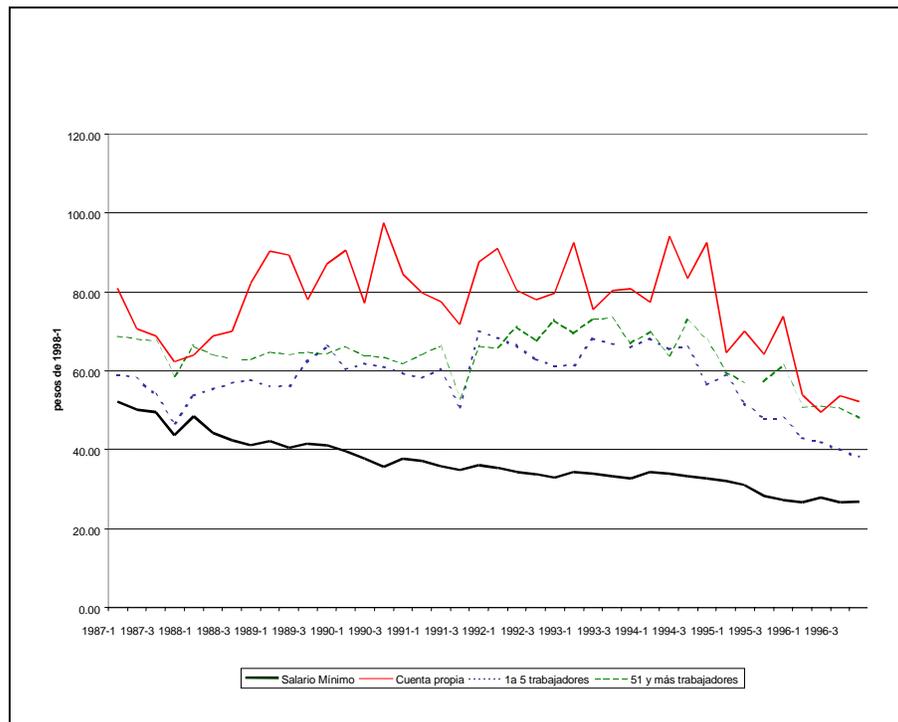
<sup>22</sup> En el caso de los patrones, los casos muestrales resultan, en general, insuficientes para controlar todas las variables señaladas, por lo que se excluyen del análisis.

Para simplificar la exposición, sólo se presentan los gráficos correspondientes a los hombres de 25 a 34 años, tanto de los que tienen 1 a 3 años de primaria como de los que completaron ésta.

**Gráfico 9**  
**HOMBRES DE 25 A 34 AÑOS CON 1 A 3 AÑOS DE PRIMARIA**



**Gráfico 10**  
**HOMBRES DE 25 A 34 AÑOS CON PRIMARIA COMPLETA**



Los gráficos anteriores sugieren que, cuando la coyuntura económica es favorable, los trabajadores por cuenta propia tienden a ganar más que los asalariados de las empresas de 51 y más personas. Por tanto, el excluir a los trabajadores por cuenta propia del régimen obligatorio de los seguros sociales no puede justificarse con base en una supuesta incapacidad para cubrir las primas de aseguramiento (subsidiadas) que inciden sobre el empleo asalariado.

## 7. Seguro de salud para la familia

Las reformas a la Ley del Seguro Social no se limitaron a modificar el régimen financiero del SEM, sino que también crearon el Seguro de Salud para la Familia (SSF).

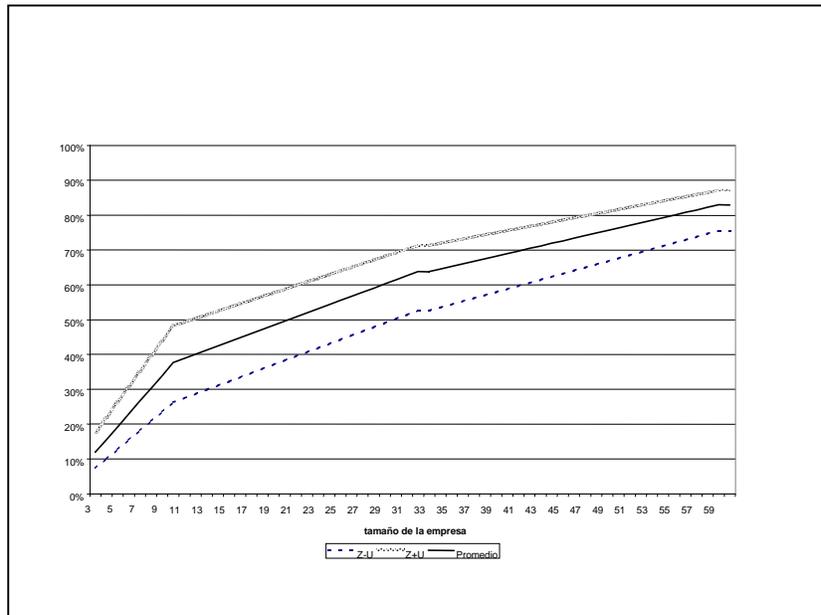
El SSF es un seguro de salud voluntario, con las mismas prestaciones en especie que el SEM, aunque sin prestaciones en dinero, por el cual el trabajador paga una cuota de 22.4% smDF y el Gobierno Federal cubre la misma cuota que por los asegurados del régimen obligatorio (13.9% smDF de la fecha en que entró en vigor la nueva LSS). Desafortunadamente, el carácter voluntario del SSF propicia la selección adversa, por lo que el IMSS prácticamente no lo ha promovido.

## 8. No aseguramiento de trabajadores asalariados

Aunque jurídicamente todos los trabajadores asalariados deben estar asegurados, no todos los patrones cumplen con esta obligación. En general, se encuentra que las empresas más pequeñas y situadas en las Z-U tienden a evadir sus obligaciones ante los seguros sociales, lo cual es consistente con un enfoque de crimen y castigo (Dávila, 1994).

Así, de acuerdo a la ENE96, los asalariados con servicios médicos representaban el 53.8% del total de asalariados del país y la proporción se elevaba desde 7.4% en las empresas de 1 a 5 personas, en las Z-U hasta 87.1% en las empresas de 51 y más personas, en las Z+U. Gráficamente:

Gráfico 11  
ASALARIADOS CON SERVICIOS MÉDICOS POR TAMAÑO DE LA EMPRESA  
Y TAMAÑO DE LA LOCALIDAD, 1996

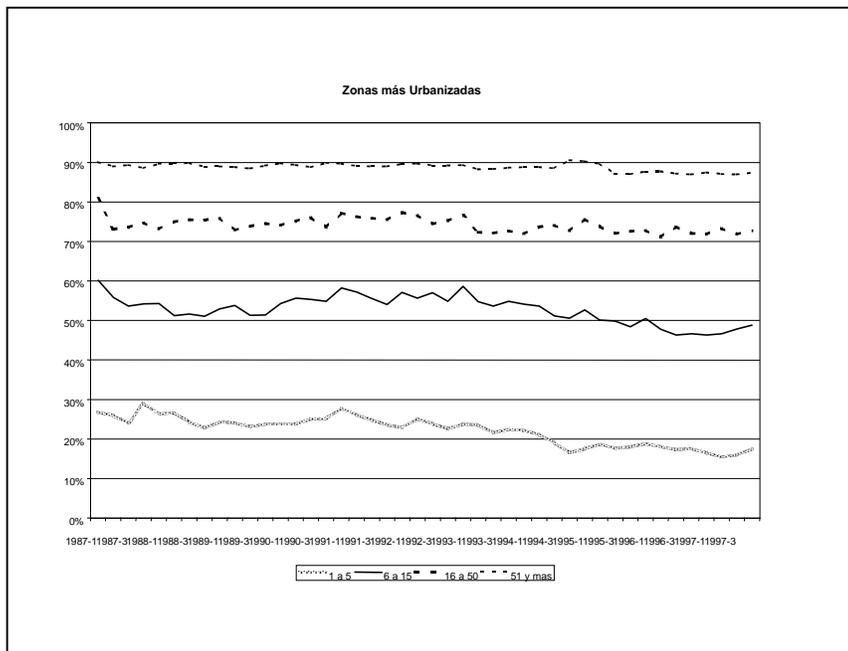


A primera vista puede sorprender que los porcentajes de aseguramiento de los asalariados sean sensiblemente menores al 100% en las empresas de 51 personas y más (lo cual no puede atribuirse en su totalidad a problemas de captación en la encuesta). Sin embargo, ello se explica por

la extendida práctica de contratar por honorarios a parte del personal, a pesar de que sus funciones y modalidades de trabajo sean indistinguibles de las correspondientes a los asalariados.

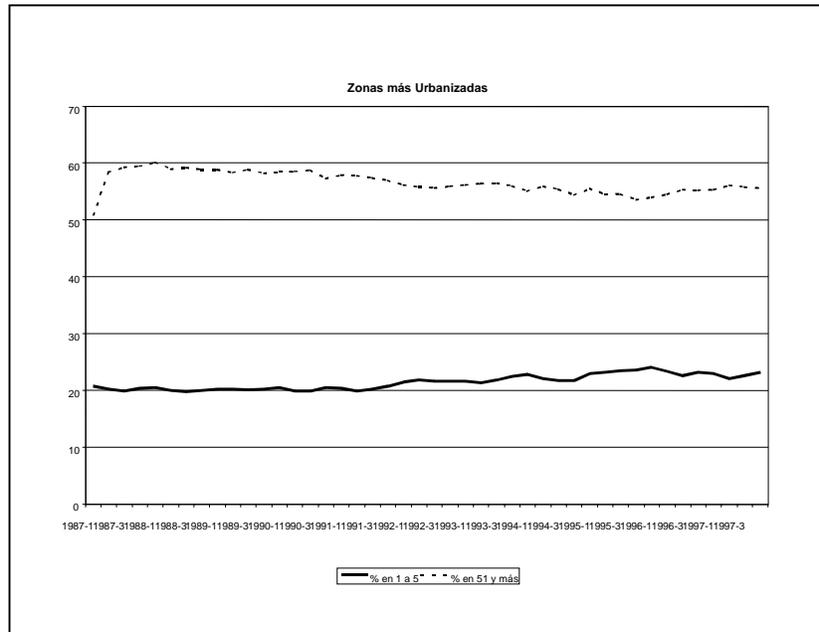
Con base en la ENEU (para las Z+U), se confirma que las empresas más grandes (51 y más personas) tienen, consistentemente, niveles de cumplimiento sensiblemente mayores que las empresas más pequeñas (1 a 5 personas), pero se detecta adicionalmente una tendencia a la disminución en los niveles de cumplimiento, para los distintos tamaños de las empresas:

**Gráfico 12**  
**PORCENTAJE DE TRABAJADORES CON SERVICIOS MÉDICOS**  
**POR TAMAÑO DE LA EMPRESA**



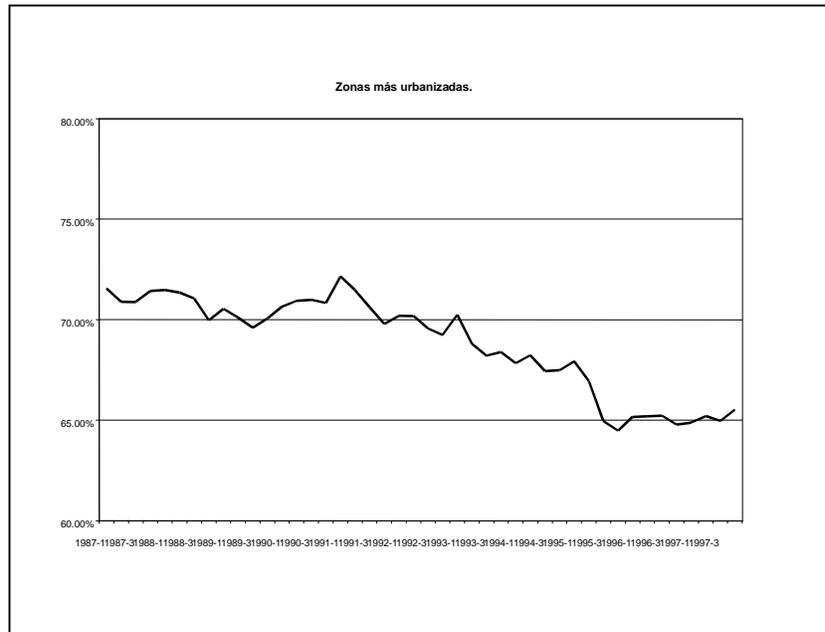
Adicionalmente, se observa un incremento en la participación de las empresas más pequeñas en el empleo total, concomitante a una reducción en la de las empresas más grandes.

**Gráfico 13**  
**PORCENTAJE DE TRABAJADORES POR TAMAÑO DE LA EMPRESA**



La combinación de los dos efectos anteriores determina un deterioro en la proporción de asalariados con servicios médicos.

**Gráfico 14**  
**PORCENTAJE DE TRABAJADORES CON SERVICIOS MÉDICOS**



## 9. Cobertura efectiva de los seguros sociales

Si se añaden los efectos de la evasión y de la exclusión de patrones y trabajadores por cuenta propia, resulta que, en la práctica, los seguros sociales sólo cubren a una minoría de los ocupados: 31.3% a nivel nacional; 45.7% en las zonas más urbanizadas; y 19.3% en las zonas menos urbanizadas.

## 10. Población asegurada

En 1996, la población asegurada o pensionada de los seguros sociales era de 17.3 millones de personas, distribuidas como sigue: 13.5 millones en el IMSS; 2.5 millones en el ISSSTE; 0.3 millones en el ISSFAM; 0.2 millones en PEMEX; y 0.8 millones en el conjunto de los ISSSTES estatales.

## 11. Población derechohabiente

En 1996, la población derechohabiente de los seguros sociales era de 48.9 millones de personas, distribuidas como sigue: 37.3 millones en el IMSS; 9.3 millones en el ISSSTE; 0.6 millones en el ISSFAM; 0.5 millones en PEMEX; y 1.2 millones en el conjunto de los ISSSTES estatales. Sin embargo, no toda esta población se acercaba a los seguros sociales para recibir el seguimiento de su salud que presuponen los modelos médicos de las instituciones. Así, en el caso del IMSS, de su población derechohabiente, sólo: 28.6 millones (76.9%) estaban adscritos a una unidad; y 24.1 millones (64.8%) estaban adscritos a un médico familiar.

## 12. Diagnóstico de los servicios médicos del IMSS

De 1993 a 1995, el IMSS llevó a cabo un amplio diagnóstico de sus distintos ramos de aseguramiento, mismo que se utilizó, parcialmente, como base para las reformas a la Ley del Seguro Social aprobadas en 1996 y que entraron en vigor en julio de 1997. El diagnóstico abarcó los tres niveles de servicios médicos en que está estructurado el IMSS y presenta una objetiva autocrítica del organismo. Dado que ésta es la principal institución de los seguros sociales y ante la ausencia de diagnósticos similares para el ISSSTE y el ISSFAM, se citará ampliamente el documento publicado por el IMSS<sup>23</sup>.

### a) Primer nivel

#### i) Descripción

“Este nivel atiende la gran mayoría de los padecimientos de la población; utiliza el 26% de los recursos dedicados a la atención médica y es también la puerta de entrada del paciente al resto del sistema. Las unidades ofrecen servicio en turnos diurnos de seis horas cada uno durante cinco días a la semana, donde cada derechohabiente sólo puede recibir consulta en el turno correspondiente ya sea de 8 a.m. a 2 p.m. o de 2 p.m. a 8 p.m.”<sup>24</sup>

“El eje del funcionamiento de la unidad es el médico familiar, que está responsabilizado de cuidar a una población de 2,400 derechohabientes. Dichos derechohabientes están adscritos a una unidad específica de primer nivel donde se les asigna un horario de atención y un médico familiar. Este médico debe resolverles enfermedades de menor grado de dificultad técnico-médica que

---

<sup>23</sup> IMSS. Diagnóstico (1995).

<sup>24</sup> Ibid., pág. 41.

requieren de diagnóstico y tratamiento poco complejos, además de brindar orientación sobre higiene, alimentación y forma de vida. En caso de presentar un padecimiento más complejo, el paciente es trasladado o referido a un hospital de segundo nivel.”<sup>25</sup>

“Las unidades de medicina familiar con más de 5 consultorios, cuentan con los auxiliares de diagnóstico tales como rayos x y laboratorio necesarios para realizar estudios poco complejos y de gran demanda. Cada unidad cuenta con los archivos de afiliación, vigencia y expedientes médicos de la población adscrita a la unidad y tiene una farmacia que ofrece los cuadros básicos institucionales.”<sup>26</sup>

“Adicionalmente, las unidades de primer nivel ofrecen apoyo a la salud de la población no derechohabiente (población abierta), por medio de campañas de fomento a la salud, vacunación y otras coordinadas por la Secretaría de Salud.”<sup>27</sup>

## ii) *Problemática*

“El primer nivel de atención es el más vulnerable del Instituto. Los problemas detectados incluyen largas esperas para recibir la consulta, diferimiento de estudios auxiliares de diagnóstico, falta de medicamentos, escasez y obsolescencia de equipos e insumos para el adecuado funcionamiento de la unidad, falta de motivación del personal, despersonalización en la relación médico - paciente, insatisfacción del usuario y quejas tanto de los trabajadores como de las empresas respecto a la asignación y pago de incapacidades.”<sup>28</sup>

“Debe mencionarse que del total de la población actualmente adscrita a las unidades de primer nivel, sólo el 85% fue usuaria de los servicios de salud del Instituto en 1994. Puede decirse que el 15% restante no necesitó los servicios o acudió a instituciones privadas u otras del sector público, lo que refleja parcialmente, la indiferencia o desconfianza de algunos de los derechohabientes con el servicio.”<sup>29</sup>

“Una de las razones fundamentales de la insatisfacción de los usuarios con el modelo de atención actual es la imposibilidad de establecer una relación médico - paciente confiable y efectiva. Esto es resultado principalmente de la estructura de incentivos para los médicos de familia, misma que les impide fortalecer esta relación. No hay hasta ahora un sistema capaz de premiar efectivamente la calidad en el desempeño del médico; tampoco puede un derechohabiente cambiar de médico por otro cuya atención le satisfaga.”<sup>30</sup>

“Cuando el paciente es derivado a otro nivel, el médico familiar pierde el contacto con dicho derechohabiente, lo que agudiza la despersonalización de la relación médico - paciente.”<sup>31</sup>

“El propio Sindicato (SNTSS), ha solicitado la redefinición del papel del médico familiar, reconociendo el hecho de que a través de los años no se ha encontrado un incentivo capaz de premiar al buen médico, siendo su única motivación esperar la jubilación. Esto repercute en el bajo

---

<sup>25</sup> Ibid., pág. 41.

<sup>26</sup> Ibid., pág. 41.

<sup>27</sup> Ibid., pág. 41.

<sup>28</sup> Ibid., pág. 42.

<sup>29</sup> Ibid., pág. 42.

<sup>30</sup> Ibid., pág. 43.

<sup>31</sup> Ibid., pág. 43.

nivel de capacitación y actualización académica, en un elevado ausentismo y desinterés hacia el usuario.”<sup>32</sup>

“Lo anterior incide en la baja capacidad para resolver eficazmente dentro del primer nivel de atención un número significativo de los padecimientos de la población, generando sobrecargas en el resto del sistema. Se estima que se podría resolver más rápidamente un mayor número de los casos que actualmente se atienden en este tipo de unidades. En la actualidad en este nivel no se llega a resolver el 85% de los padecimientos como debiera ser [ONU, Conferencia de Alma Ata], sino una cifra estimada alrededor del 70%, el 15% restante se deriva al segundo nivel, saturando los hospitales generales e incrementando los costos de la atención médica.”<sup>33</sup>

“La baja capacidad resolutoria es consecuencia también del difícil acceso al primer nivel en situaciones de necesidad apremiante por razones de horario, ya que el médico familiar cumple con funciones de salud comunitaria, lo que le impide poder dedicar mayor tiempo al estudio y solución de los casos.”<sup>34</sup>

“El deficiente sistema de verificación de la vigencia de derechos impide un adecuado control que permita brindar los servicios con plena certeza a quien tiene derecho legal a ellos. De hecho, se estima que el 30% de quienes reciben consulta de primer nivel no tiene sus derechos vigentes, a lo que se le debe añadir un 40% de quienes reciben el servicio de urgencias sin ser derechohabientes. Esto incide directamente en los costos para el sistema y en la calidad del servicio que se brinda a los legítimos derechohabientes.”<sup>35</sup>

“No se pueden soslayar los costos que se generan sobre la economía en su conjunto por causa de las esperas y diferimientos de cita, ya que generalmente un trabajador tiene que ocupar una mañana completa para poder ser atendido, ausentándose ese día a laborar.”<sup>36</sup>

## **b) Segundo nivel**

### *i) Descripción*

“El segundo nivel de atención está compuesto por hospitales generales de región, zona y subzona que cubren la totalidad del territorio, donde se atienden derechohabientes que le derivan de un determinado número de unidades de primer nivel de su zona correspondiente. En ellos se ofrece atención a los padecimientos de alta demanda y mediana complejidad, que requieren del apoyo de especialidades médicas, de hospitalización para cirugía, así como tratamiento y diagnóstico especializados.”<sup>37</sup>

“El médico especialista de cirugía general, pediatría, gineco - obstetricia, y medicina interna es el eje central de la atención, recayendo el trato de los pacientes, principalmente en el personal de enfermería. Se apoyan con auxiliares de diagnóstico y tratamiento más desarrollados, garantizando la atención de urgencias las 24 horas de los siete días de la semana.”<sup>38</sup>

---

<sup>32</sup> Ibid., pág. 43.

<sup>33</sup> Ibid., pág. 43.

<sup>34</sup> Ibid., pág. 44.

<sup>35</sup> Ibid., pág. 44.

<sup>36</sup> Ibid., pág. 45.

<sup>37</sup> Ibid., pág. 46.

<sup>38</sup> Ibid., pág. 46.

“Este nivel representó el 54% del gasto total de sistema.”<sup>39</sup>

*ii) Problemática*

“Si bien el grado de satisfacción del usuario es superior al del primer nivel de atención, debe destacarse que la mayoría de las quejas tienen su origen en problemas relacionados con el abasto oportuno de medicamentos y otros insumos relacionados con el diagnóstico, la saturación de las áreas de urgencias, así como el diferimiento de consulta de especialidades y de intervenciones quirúrgicas.”<sup>40</sup>

“Adicionalmente, la sobrecarga en las labores del personal en algunas áreas de algunas unidades, especialmente de enfermería, impide la dedicación de más tiempo a sus labores sustantivas, incidiendo en su propia satisfacción. En algunas unidades la sobrecarga de trabajo no sólo se da en enfermeras sino en otras actividades. Esto es ocasionado fundamentalmente, entre otros factores, por el ausentismo del personal, que dadas las características del Contrato Colectivo de Trabajo y la rigidez derivada de éste, no se puede cubrir faltantes con sobrantes de otras unidades, resultando sumamente costoso sustituir diariamente.”<sup>41</sup>

**c) Tercer nivel**

*i) Descripción*

“Conformado por los 42 hospitales de alta especialidad, este nivel atiende a los pacientes con padecimientos de poca frecuencia y que por su elevada complejidad requieren de recursos médicos y técnicos muy especializados para su diagnóstico y tratamiento.”<sup>42</sup>

“Entre sus actividades se encuentra el desarrollo de tecnología médica de punta y el establecimiento de las directrices de atención para el resto del sistema.”<sup>43</sup>

“[Este nivel] significó el 20% del total del gasto del sistema.”<sup>44</sup>

*ii) Problemática*

“Se repiten las quejas por abasto inoportuno de medicamentos e insumos de diagnóstico, generando retrasos a veces significativos en la atención de los pacientes. El diferimiento es uno de los principales problemas en este nivel, el cual en ocasiones origina problemas de tipo técnico - médico. Este diferimiento se da básicamente en consultas de especialidades e intervenciones quirúrgicas.”<sup>45</sup>

“Asimismo el tercer nivel atiende diversos padecimientos que se deberían tratar en el segundo nivel, tales como cirugía laparoscópica, hemodiálisis, etc., que incrementan los costos y distraen recursos.”<sup>46</sup>

---

<sup>39</sup> Ibid., pág. 46.

<sup>40</sup> Ibid., pág. 47.

<sup>41</sup> Ibid., pág. 47.

<sup>42</sup> Ibid., pág. 48.

<sup>43</sup> Ibid., pág. 48.

<sup>44</sup> Ibid., pág. 48.

<sup>45</sup> Ibid., pág. 49.

<sup>46</sup> Ibid., pág. 49.

#### **d) Estructura salarial**

“Mientras que un médico gana mucho menos de lo que obtendría en el ejercicio privado, un trabajador de servicios auxiliares o generales gana casi el doble de su salario de mercado”.<sup>47</sup>

Un corolario de lo anterior, no destacado en el documento, es que la excesiva integración vertical, en cada uno de los niveles de atención, es uno de los factores más importantes del mayor costo de los servicios del IMSS respecto de los servicios médicos privados.

## **B. Servicios públicos de salud**

La población no asegurada (población abierta) es atendida principalmente a través de la Secretaría de Salud (SS), que además de sus funciones normativas y de evaluación opera, entre otros programas: el componente de Salud del Progreso<sup>48</sup>; y el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC); las entidades coordinadas por la SS; los servicios estatales de salud (SES) que, con el apoyo financiero del Gobierno Federal, han absorbido recientemente una parte sustancial de los servicios que antes operaba la SS; y el sistema IMSS Solidaridad, que se financia con fondos del Gobierno Federal y aprovecha la experiencia operativa del IMSS.

### **1. Servicios estatales de salud**

#### **a) Descentralización**

En el marco de la Ley General de Salud (LGS), el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud para la Población Abierta y los Convenios de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud, se concluyó, en diciembre de 1997, la creación de 32 organismos públicos descentralizados, uno en cada una de las entidades federativas.

Los organismos así creados absorben funciones de atención médica, vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades y salud reproductiva que tenía la Federación y que les otorga la LGS. Asimismo, consolidan la administración de los recursos financieros, humanos y materiales con decisiones locales, conforme a las prioridades estatales y nacionales, en el ámbito del Consejo Nacional de Salud.

#### **b) Fondo de aportaciones para los servicios de salud (FASS)**

La descentralización de los servicios de salud requirió del apoyo financiero de la Federación, mismo que se formalizó al crearse el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASS).

El FASS se creó en virtud de las reformas a la Ley de Coordinación Fiscal (LCF) de diciembre de 1997. Por tanto, los apoyos de la Federación a las entidades federativas constituyen aportaciones, las cuales se distinguen de las participaciones en que el Gobierno Federal puede determinar los usos a que deben destinarse. Los recursos del FASS se determinan anualmente en el Presupuesto de Egresos de la Federación. Los elementos considerados para la determinación (y distribución) del FASS son:

Inventarios de infraestructura médica y plantilla de personal en cada entidad; recursos que la Federación haya transferido a las entidades federativas durante el ejercicio fiscal inmediato anterior,

---

<sup>47</sup> Ibid., pág. 33.

<sup>48</sup> Programa de Educación, Salud y Alimentación.

ya sea con cargo a las previsiones para servicios personales; o para cubrir gastos de operación e inversión; y, recursos que se destinen para promover la equidad en los servicios de salud, mismos que son distribuidos mediante la aplicación de una fórmula que toma en cuenta las tasas de mortalidad, los niveles de marginación y la población abierta de las entidades federativas.

Como se observa, el mecanismo de distribución del FASS tiene un fuerte componente inercial, lo que dificulta la corrección de las inequidades regionales en la distribución del gasto en salud.

### **c) Aspectos operativos**

En principio, cualquier habitante del país puede recurrir a los SES y se le cobra sólo una cuota de recuperación ajustada a sus posibilidades (de acuerdo a un somero estudio socioeconómico que se practica al efecto). Como referencia, puede señalarse que la Secretaría de Salud manejaba, en 1994, una escala variable de tarifas por visita, que era, en promedio, de \$3.11 en zonas rurales y \$5.66 en localidades urbanas (lo cual equivale, a precios de enero de 1999, a \$8.77 y \$15.96, respectivamente).

Tradicionalmente, en consulta externa no se proporcionaban gratuitamente medicamentos; sin embargo, se ha realizado un gran esfuerzo para que los consultorios y dispensarios cuenten con los medicamentos y otros insumos requeridos para brindar el Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS).

Actualmente, las familias beneficiarias del Progreso<sup>49</sup> están exentas del pago de cuotas de recuperación al acudir periódicamente a los servicios de salud.

Los SES no llevan a cabo un seguimiento sistemático del estado de salud de las familias, como el que tratan de realizar los seguros sociales (salvo en el caso de las familias beneficiarias del Progreso) y los sistemas de referencia y contrarreferencia son deficientes o inexistentes.

## **2. Secretaría de salud**

Las principales acciones de la SS se refieren a normatividad y evaluación; Programa de Ampliación de Cobertura; y componente de Salud del Progreso<sup>50</sup>.

### **a) Normatividad y evaluación**

A partir de la descentralización, la SS ha reorientado sus acciones hacia funciones normativas y de supervisión, evaluación y seguimiento en materia sanitaria. A este respecto, destacan:

El uso de Indicadores de Resultado, a nivel nacional y por entidad federativa; la expedición del Reglamento de Insumos para la Salud y de diversas normas oficiales que fundamentaron la creación del mercado de medicamentos genéricos intercambiables; la integración del Catálogo de Giros Sujetos a Control, Vigilancia y Fomento Sanitario; la actualización, para todo el país, en coordinación con los SES, de los Planes Estatales Maestros de Infraestructura Física en Salud para la Población Abierta (PEMISPA); el Programa de Vigilancia y Certificación de la Calidad del Agua; los programas de vigilancia de la calidad del aire en diversas localidades; y las verificaciones a bancos de sangre y centros de transfusión sanguínea.

---

<sup>49</sup> Programa de Educación, Salud y Alimentación.

<sup>50</sup> Programa de Educación, Salud y Alimentación.

### b) Programa de ampliación de cobertura

El PAC constituye el principal instrumento del sector salud para que la población rural marginada pueda acceder al PBSS. En 1998, el PAC atendió en 33 mil, ubicadas en 600 municipios de 18 estados.

Inicialmente, el PAC operaba fundamentalmente a través de unidades móviles, pero gradualmente ha otorgado mayor énfasis a la construcción de centros de salud, parte de los cuales cuentan con áreas de hospitalización. El PAC es complementado por otros programas de la SS, como son:

El Programa de Apoyo a las Zonas Indígenas, que cubre más de mil localidades; el Programa de Cirugía Extramuros; y los Programas Emergentes para Grupos Vulnerables.

### c) Componente de salud del programa de educación, salud y alimentación

El Programa de Educación, Salud y Alimentación, en su componente de salud, contempla el otorgamiento de los servicios del PBSS a todos los miembros de las familias beneficiarias del programa.

## 3. IMSS solidaridad

El sistema IMSS Solidaridad otorga sus servicios en comunidades rurales marginadas donde los habitantes ofrecen, en reciprocidad, participar gratuitamente en acciones de beneficio colectivo.

En 1998, MSS Solidaridad operó en 1.266 municipios de 17 entidades federativas, a saber:

**Cuadro 4**  
**MUNICIPIOS CUBIERTOS POR IMSS SOLIDARIDAD**

Entidad	Número de municipios
<b>Total</b>	<b>1 266</b>
Baja California	2
Campeche	9
Coahuila	26
Chiapas	107
Chihuahua	43
Durango	39
Hidalgo	68
Michoacán	102
Nayarit	19
Oaxaca	323
Puebla	158
San Luis Potosi	53
Sinaloa	16
Suroeste-Sureste	1
Tamaulipas	35
Veracruz	147
Yucatán	70
Zacatecas	48

En cambio, habían sido desconcentrados los servicios correspondientes a las restantes 15 entidades federativas: Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, México, Morelos, Noroeste – Noreste, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Sonora, Tabasco, Tlaxcala.

El modelo médico de IMSS Solidaridad trata de acercarse al de los seguros sociales y, en particular, al del IMSS, por lo que trata de mantener un seguimiento de la salud de las familias y maneja el concepto de población adscrita a una unidad, la cual, en 1995, ascendía a 10.5 millones.

Por tanto, suponiendo un margen de personas no adscritas a una unidad de sólo 5%, se tendría que la población con acceso a IMSS Solidaridad era de 11.0 millones en 1995.

#### **4. Entidades coordinadas por el sector salud**

Las entidades coordinadas por el sector salud son las siguientes: Centros de Integración Juvenil, A.C.; Instituto Nacional de Salud Pública; Instituto Nacional de la Senectud; Instituto Nacional de Pediatría; Instituto Nacional de la Nutrición Dr. Salvador Zubirán; Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez; Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias; Instituto Nacional de Cancerología; Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez; Instituto Nacional de Perinatología; Instituto Mexicano de Psiquiatría; Hospital General Dr. Manuel Gea González (antes Instituto Nacional de Neumología); Hospital Infantil de México; y, Hospital General de México.

Si se excluyen el Instituto Nacional de Salud Pública (cuyas labores fundamentales son de apoyo a la planeación) y el Instituto Nacional de la Senectud (que tiene un enfoque de asistencia a la población de edad avanzada), el resto de los institutos tiene un interesante conjunto de características en común:

Combinan labores de atención médica, investigación y enseñanza; para sus labores de atención médica cuentan con servicios hospitalarios modernamente equipados y áreas de consulta externa, a las que puede acudir directamente la población no asegurada; han ampliado su personal e instalaciones para brindar una atención médica integral a los pacientes por lo que, en la mayoría de los casos, puede decirse que son hospitales generales con una especialidad destacada (en el caso de Nutrición, se ha rebasado ampliamente la especialidad que dio origen al instituto y se declara que “el número de departamentos médicos creció de 3 a más de 40, abarcando casi todas las especialidades de la medicina”); sus instalaciones se encuentran en el Distrito Federal; no están vinculados con los SES a través de un sistema de referencia y contrarreferencia; y los criterios de aceptación de pacientes combinan una variedad de factores (urgencia del caso, adecuación con la especialidad del instituto, interés para efectos de investigación, disposición del paciente a pagar una mayor cuota de recuperación, etc.), lo cual deja un amplio margen a la discrecionalidad, al grado de que la evidencia anecdótica indica que es común que los doctores de los institutos internen ahí a sus pacientes privados para que se les realicen estudios costosos a un menor precio.

### **C. Servicios privados de salud**

Los servicios privados de salud son utilizados por un porcentaje significativo de la población, y exhiben una gran heterogeneidad, tanto en el precio como en el tipo de atención brindada. En efecto, abarcan desde grandes (y lujosos) hospitales con equipo muy moderno hasta pequeñas (y modestas) clínicas, con instalaciones precariamente adaptadas al efecto.

El aseguramiento privado en materia de salud se apoya fundamentalmente en los servicios privados de salud, sobre todo en el segmento más caro y lujoso.

## 1. Regulación

La medicina privada es un sector escasamente regulado, pues la Ley General de Salud sólo exige que se cumpla con la regulación sanitaria de establecimientos y prestadores, sin promover acuerdos y contratos entre los prestadores de servicios privados, que pudieran llevar a estructurar un sistema de referencia y contrarreferencia.

## 2. Aseguramiento privado

En México, los seguros de servicios médicos cubren casi exclusivamente gastos médicos mayores. En 1997, los seguros de gastos médicos mayores tenían: 200 mil pólizas, con 474 mil asegurados, en la modalidad individual y/o familiar; 6 mil pólizas, con 695 mil asegurados, en la modalidad de grupo; y 8 mil pólizas, con 1.019 miles de asegurados, en la modalidad colectiva.

La modalidad colectiva corresponde a empresas privadas formales y a entidades y dependencias del sector público, por lo que los asegurados lo son también de los seguros sociales.

Dado que normalmente no se concede reversión de cuotas por la contratación de seguros de gastos médicos mayores, el doble aseguramiento implica un doble gasto para el empleador (sea éste público o privado). El que estén dispuestos a incurrir en él indica, de manera indirecta, lo insatisfactorio que resultan los servicios médicos de los seguros sociales para muchos trabajadores.

Sin embargo, debe señalarse también que los seguros de gastos médicos privados contienen típicamente cláusulas de exclusión de enfermedades preexistentes, por lo que es de esperar que una fracción sustancial de los hogares con doble aseguramiento continúe utilizando los servicios médicos de los seguros sociales y justifica parcialmente la renuencia de las instituciones a conceder reversiones de cuotas cuando se contratan seguros de gastos médicos mayores.

## D. Recursos y servicios

A continuación se examinan, para 1995, algunos indicadores de la capacidad instalada, los recursos humanos disponibles y los servicios prestados, tanto para el Sistema Nacional de Salud como para los servicios privados de salud.

Se utilizó un boletín de información estadística del INEGI<sup>51</sup>, complementado con datos de la Memoria Estadística del IMSS<sup>52</sup>, que permitieron separar los indicadores correspondientes a IMSS Solidaridad (que en el boletín aparecían consolidados con los del IMSS), para así distinguir mejor entre los seguros sociales y los sistemas de salud para la población abierta.

La descentralización del sector salud implicó que gran parte de los recursos que operaba la SS en 1995 se transfirieran posteriormente a los SES, que pasaron a otorgar los servicios correspondientes. Sin embargo, ello solo implicó reclasificaciones al interior de los servicios médicos para la población abierta.

### 1. Capacidad instalada

El siguiente cuadro muestra, para 1995, la disponibilidad de hospitales, camas censables, unidades de consulta externa y consultorios, tanto del SNS como de los servicios privados de salud.

---

<sup>51</sup> INEGI (1995).

<sup>52</sup> IMSS (1995).

**Cuadro 5**  
**SISTEMA NACIONAL DE SALUD: CAPACIDAD INSTALADA**

Institución	Hospitales	Camas censables	Unidades de consulta externa (a)	Consultorios
<b>Total</b>	<b>2 786</b>	<b>104 238</b>	<b>14 634</b>	<b>50 254</b>
Seguros Sociales	440	40 055	3 087	20 329
IMSS	266	28 294	1 482	13 204
ISSSTE	92	6 596	1 098	4 888
SEDENA-SECMAR (d)	59	4 091	379	839
PEMEX	23	1 074	128	1 398
Población Abierta	451	36 571	11 547	23 341
SS	259	24 862	7 744	17 039
IMSS-SOLIDARIDAD (b)	65	1 723	3 441	4 054
INI(c)	2	-	113	165
SES y Otros	125	9 986	249	2 083
Particulares	1 895	27 612	N.D.	6 584

**Notas:** N.D. No disponible.

(a) El total se refiere únicamente al Sistema Nacional de Salud.

(b) No incluye 1 hospital que se encontraba en proceso de construcción, en la delegación de Oaxaca.

(c) Instituto Nacional Indigenista.

(d) Los derechohabientes del ISSFAM se atienden fundamentalmente en los servicios médicos de SEDENA y SECMAR.

Como se observa, los datos de consultorios y de camas censables de los sistemas de salud para la población abierta son similares a los correspondientes a los seguros sociales, mientras que el de unidades de consulta externa es muy superior (básicamente por su menor tamaño promedio).

El sector privado cuenta con un número de hospitales (en sentido amplio) de más del doble de aquellos de que dispone el SNS, pero con menos de la mitad de las camas censables de éstos. Su capacidad instalada en materia de consulta externa es difícil de evaluar, ya que la información disponible no capta los consultorios no integrados a un establecimiento de tipo hospitalario.

## 2. Recursos humanos

El siguiente cuadro muestra, también para 1995, el personal médico, paramédico y auxiliar de diagnóstico, tanto del SNS como de los servicios privados de salud. No se analiza el resto del personal (administración, intendencia, farmacia, comedor, lavandería, etc.) porque su número está menos relacionado con los servicios prestados, dada la diversidad de grados de integración vertical existentes, sobre todo al comparar el sector público y el privado.

Como se observa, los seguros sociales aventajan consistentemente en personal a los sistemas de salud para la población abierta, aunque, contra lo que podría esperarse, la menor ventaja se da en personal médico (31.1%).

El sector privado, por su parte, es claramente minoritario dentro del personal médico y más aun, dentro del paramédico y el auxiliar de diagnóstico, pero también influye aquí la exclusión del personal no adscrito a establecimientos hospitalarios y similares.

Cuadro 6

## SISTEMA NACIONAL DE SALUD: RECURSOS HUMANOS

Institución	Personal médico	Personal paramédico	Auxiliares de diagnóstico y tratamiento
<b>Total</b>	<b>141 690</b>	<b>220 502</b>	<b>31 081</b>
Seguros sociales	67 674	123 057	17 429
IMSS	47 420	95 426	13 945
ISSSTE	15 775	20 130	2 805
SEDENA-SECMAR (a)	2 115	4 297	151
PEMEX	2 364	3 204	528
Población abierta	51 637	74 846	10 623
SS	36 213	53 026	8 174
IMSS-SOLIDARIDAD	5 139	7 014	218
INI (b)	178	93	1
SES y otros (c)	10 107	14 713	2 230
Particulares (d)	22 379	22 599	3 029

**Notas:** (a) Los derechohabientes del ISSFAM se atienden fundamentalmente en los servicios médicos de SEDENA y SECMAR.

(b) Instituto Nacional Indigenista

(c) Incluye los servicios médicos del DDF, la Cruz Roja y del Servicio de Transporte Colectivo (metro) aunque este último es un sistema de atención para personal del sector público y debería reclasificarse en seguridad social.

(d) Los datos se refieren únicamente a establecimientos de salud, pero no incluyen los consultorios médicos situados fuera de hospitales y clínicas.

Para dar una idea de la magnitud de esta exclusión, se puede señalar que en 1990, de acuerdo a datos de Censo General de Población y Vivienda, existían en México 165.185 médicos y 58.348 odontólogos (que en el cuadro anterior se incluyen dentro del personal médico), es decir un personal médico total de 223.533 profesionales de la salud. Ahora bien, de 1970 a 1990 el total de profesionales de la salud creció en 10.3% anual (muy por encima de la población total) por lo que, suponiendo que ese ritmo de crecimiento se mantuvo de 1990 a 1995 (lo cual parece razonable, pues la transición demográfica no ha afectado aún a la población en edad de cursar la educación superior y las pautas de elección de carrera no parecen haberse modificado drásticamente), se obtiene un estimado de 365 mil médicos y odontólogos. En consecuencia, si poco más de la cuarta parte de estos profesionales (27%) no se encuentran ocupados (cálculo basado en la proporción de personas con estudios profesionales que no se encontraban ocupados en 1997) se tendrían 266 mil médicos y odontólogos ocupados. Por tanto, aún si una cuarta parte de ellos desempeñara labores ajenas a su profesión, quedarían 200 mil en el ejercicio activo de la misma, lo que implicaría que en 1995 un total aproximado de 58 mil médicos y odontólogos ejercían su profesión fuera del SNS y de los establecimientos privados de tipo hospitalario.

### 3. Servicios prestados

El siguiente cuadro muestra, nuevamente para 1995, algunos indicadores de los servicios prestados por el SNS y por los servicios privados de salud.

**Cuadro 7**  
**SISTEMA NACIONAL DE SALUD: SERVICIOS PRESTADOS**

Institución	Vacunas	Consultas	Hospitalización		
			Pacientes egresados	Intervenciones quirúrgicas	Partos atendidos
<b>Total</b>	<b>78 901 201</b>	<b>202 629 211</b>	<b>5 122 116</b>	<b>2 870 551</b>	<b>1 630 438</b>
Seguros sociales	29 574 341	130 502 000	2 404 056	1 609 978	793 606
IMSS	24 305 808	101 343 103	1 907 275	1 293 319	704 751
ISSSTE	4 809 781	21 571 092	339 701	236 649	72 553
SEDENA-SECMAR (a)	254 938	2 753 548	87 002	49 133	9 641
PEMEX	203 814	4 834 257	70 078	30 877	6 661
Población abierta	49 206 318	66 566 153	1 753 157	845 938	717 019
SS	40 664 984	48 024 029	1 108 064	564 601	476 611
IMSS-SOLIDARIDAD (b)	7 747 739	9 698 949	197 563	99 895	128 705
INI (c)	83 015	68 192	-	-	-
SES y otros (d)	710 580	8 774 983	447 530	181 442	111 703
Particulares (e)	120 542	5 561 058	964 903	414 635	119 813

**Nota:** (a) Los derechohabientes del ISSFAM se atienden fundamentalmente en los servicios médicos de SEDENA y SECMAR.

(b) No incluye 1 hospital que se encontraba en proceso de construcción de Oaxaca.

(c) Instituto Nacional Indigenista

(d) Incluye los servicios médicos del DDF, la Cruz Roja y del Servicio de Transporte Colectivo (metro) aunque este último es un sistema de atención para personal del sector público y debería reclasificarse en seguridad social.

(e) Los datos se refieren únicamente a establecimientos de salud, pero no incluyen los consultorios médicos situados fuera de hospitales y clínicas.

Como se observa, los sistemas de atención a la población abierta aplican un 66.4% más de vacunas que los seguros sociales, pero éstos otorgan casi el doble de consultas y de intervenciones quirúrgicas, mientras que las cifras de partos atendidos en ambos sistemas son similares.

El sector privado sólo realiza un aporte mínimo a la vacunación y en materia de partos atendidos su contribución es marginal (7.3%), mientras que sus mayores participaciones se dan en pacientes egresados de hospitalización (18.8%) y en intervenciones quirúrgicas (14.4%).

#### 4. Balance

Los sistemas de atención a la población abierta otorgan una alta prioridad a las labores de salud comunitaria (como la vacunación) pero también brindan consultas médicas y hospitalización y cuentan con capacidad instalada y recursos humanos considerables para este efecto.

En este contexto, el no contar con un sistema integral para la atención de la salud de la población abierta resulta ser no sólo un problema de limitación de recursos, sino también de organización y de decisión política.

#### E. Evaluación de los usuarios

Se comentará brevemente la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios médicos del sector público y del sector privado, con base en una encuesta de opinión llevada a cabo en las grandes áreas metropolitanas (INEGI, 1993).

El resultado central es que los usuarios de servicios de salud consideran que el sector privado ofrece la mejor calidad de atención, el segundo lugar lo ocupa el IMSS, el tercero corresponde al ISSSTE y el último a la SS.

## **1. Atención primaria o ambulatoria**

Al comparar servicios ambulatorios, del total de encuestados: el 70.3% consideró que los privados eran mejores que los del IMSS (aunque el 29.7% restante opinó lo contrario); el 81.2% consideró que los privados eran mejores que los del ISSSTE; el 87.1% consideró que los privados eran mejores que los de la SS; el 71.3% consideró que los del IMSS eran mejores que los del ISSSTE; el 79.2% consideró que los del IMSS eran mejores que los de la SS; y el 67.3% consideró que los del ISSSTE eran mejores que los de la SS.

## **2. Hospitalización**

Al comparar servicios de hospitalización, del total de encuestados: el 65.4% opinó que los privados eran mejores que los del IMSS (aunque el 34.6% opinó lo contrario); el 78.2% opinó que los privados eran mejores que los del ISSSTE; el 86.2% opinó que los privados eran mejores que los de la SS; el 76.2% opinó que los del IMSS eran mejores que los del ISSSTE; el 88.1% opinó que los del IMSS eran mejores que los de la SS; y el 76.2% opinó que los del ISSSTE eran mejores que los de la SS.

## **F. Gasto en salud**

En esta sección se revisa la información disponible sobre el gasto en salud en México, tanto por parte del Sistema Nacional de Salud como por parte de los hogares y se calcula la proporción de ese gasto respecto del PIB, todo ello para 1997.

### **1. Sistema Nacional de salud**

#### **a) Seguros sociales**

En 1997, el gasto en salud de los seguros sociales (cifra muy cercana a las cuotas por servicios médicos que reciben esas instituciones) fue de: \$43.4 miles de millones en el IMSS; \$10.1 miles de millones en el ISSSTE; y, presumiblemente \$0.4 miles de millones en el ISSFAM. Además, se erogaron: \$2.4 miles de millones en PEMEX. Ello arroja un total de 56.3 miles de millones.

Desafortunadamente, no es posible obtener estimaciones, ni siquiera aproximadas, del gasto en salud de los ISSSTEs estatales, debido a la heterogeneidad y las deficiencias de información de esas instituciones.

#### **b) Servicios de salud para la población abierta**

En 1997, el gasto federal en servicios de salud para la población abierta fue de 18.0 miles de millones, distribuidos como sigue:

\$3.3 miles de millones de gasto directo de la SS; \$9.2 miles de millones canalizados a los SES; \$0.7 miles de millones de apoyos a los servicios de salud para la población abierta del Distrito Federal; \$2.4 miles de millones del Programa IMSS Solidaridad; \$0.1 miles de millones de ayudas al sector público y privado; y, \$2.3 miles de millones para las entidades coordinadas por la SS, conforme al siguiente cuadro:

**Cuadro 8**  
**GASTO DE LAS ENTIDADES COORDINADAS POR LAS SS**  
(Millones)

<b>Total</b>	<b>2 261.8</b>
Centros de Integración Juvenil, A. C.	115.9
Instituto Nacional de Salud Pública	68.1
Instituto Nacional de la Senectud	65.5
Instituto Nacional de la Pediatría	236.7
Instituto Nacional de Nutrición Dr. Salvador Zubirán	199.2
Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez	151.8
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	150.3
Instituto Nacional de Cancerología	111.0
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez	119.7
Instituto Nacional de Perinatología	148.4
Hospital General Dr. Manuel Gea González	152.7
Instituto Mexicano de Psiquiatría	55.5
Hospital Infantil de México	231.4
Hospital General de México	455.6

Adicionalmente, las entidades federativas canalizan recursos propios a servicios de salud para la población abierta, pero la información al respecto es muy limitada y deficiente. Únicamente puede inferirse que, en 1997:

\$0.5 miles de millones fueron aplicados por el gobierno del Distrito Federal, de sus recursos propios, a servicios de salud para la población abierta; y \$0.4 miles de millones corresponden al sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

#### **c) Gasto de los hogares**

Con base en la ENIGH96, puede extrapolarse que, para 1997, los hogares del país gastaron \$27.3 miles de millones en bienes y servicios para el cuidado de la salud.

#### **d) Participación en el PIB**

Combinando los datos anteriores se obtiene un total de \$102.5 miles de millones. Por tanto, dada la información faltante, puede concluirse que la participación del gasto público y privado en salud es ligeramente superior a 3.2% del PIB.

## **G. Evaluación**

Los análisis de este capítulo permiten señalar fortalezas y debilidades de los servicios de salud en México, entre las que destacan las siguientes:

La segmentación del sistema de seguros sociales en tres grandes instituciones (IMSS, ISSSTE e ISSFAM) y otras menores, disminuye la eficacia y eficiencia de las acciones del sector público en materia de protección de la salud de los asegurados, pues:

- ◇ se mantienen sistemas paralelos de referencia y contrarreferencia, cada uno con sus propios edificios, instalaciones y personal. A nivel anecdótico puede señalarse que en muchas ciudades los hospitales del IMSS y del ISSSTE se encuentran frente a frente o contiguos (y próximos también a un hospital general de los SES o la SS); y,

- ◇ el cambio de empleo del jefe del hogar, aún dentro del sector formal de la economía, puede implicar un cambio en los médicos que atienden a la familia (con la consecuente ruptura del seguimiento de la salud de ésta) e incluso la pérdida de derechohabiencia de alguno de los miembros, si se pasa del sector público al privado (o de un empleo militar a otro civil) o viceversa;

La limitación del régimen obligatorio del IMSS al ámbito del empleo asalariado restringe la cobertura potencial de los seguros sociales y acentúa los problemas de ruptura del seguimiento de la salud de la familia al cambiar de empleo el jefe de familia; la reforma al régimen financiero del SEM del IMSS resulta trascendental, pero hubiera sido deseable una transición más rápida, así como una unificación, sobre las mismas bases, de los regímenes financieros de todos los seguros sociales; el IMSS tiene un sólido sistema de referencia y contrarreferencia, pero su primer nivel afronta serios problemas derivados del involucramiento del personal en labores de salud comunitaria y, sobre todo, de la falta de incentivos para los médicos familiares, mientras que el segundo y tercer niveles ven disminuida su eficacia y eficiencia por una excesiva integración vertical; el énfasis otorgado a la descentralización de los servicios de salud para la población abierta es acertado por lo que toca a las acciones de salud comunitaria, al ubicar la toma de decisiones en un nivel de gobierno más cercano a los usuarios, pero resulta cuestionable en el caso de los servicios médicos propiamente dichos, pues debilita o dificulta la estructuración de sistemas de referencia y contrarreferencia; la fórmula para la determinación y distribución de los recursos del FASS tiene un fuerte componente inercial, lo que dificulta la corrección de las inequidades acumuladas en la distribución de los recursos humanos y materiales para la atención de la salud; los SES no llevan a cabo un seguimiento sistemático del estado de salud de las familias, salvo en el caso reciente de las familias beneficiarias del Programa de Educación, Salud y Alimentación; los esfuerzos para dar acceso a toda la población del país a servicios básicos de salud, a través del PAC, se han diluido, al:

- ◇ no ampliar suficientemente el ámbito geográfico del programa;
- ◇ canalizarse recursos del programa a la construcción de inmuebles; e
- ◇ impulsarse otros programas con objetivos similares;

Los institutos coordinados por la SS brindan atención médica de alta calidad, pero el beneficio social de sus acciones se ve limitado por la práctica de permitir a los pacientes el acceso directo a los mismos, sin pasar por un sistema de referencia y contrarreferencia; los servicios privados de salud son extremadamente heterogéneos y no se integran en sistemas de referencia y contrarreferencia; la intervención del sector privado en el aseguramiento de la salud se limita fundamentalmente a los seguros de gastos médicos mayores y éstos no ofrecen una adecuada cobertura de riesgos, por existir rígidas cláusulas de exclusión de enfermedades preexistentes; sin embargo, muchos empleadores contratan, para su personal, seguros de gastos médicos mayores, sin que ello les signifique reversión de sus cuotas a los seguros sociales, lo que permite inferir que los servicios médicos de estas instituciones no se adaptan suficientemente a las demandas de los usuarios; y la sociedad mexicana gasta más de 3.2% del PIB en bienes y servicios para el cuidado de la salud, lo cual sugiere que la superación de los problemas de salud en el país requiere, sobre todo, una mayor equidad, eficacia y eficiencia en la asignación de los recursos, más que una ampliación espectacular en el monto de los mismos.

## **IV. Demanda de servicios de salud**

---

En este capítulo se presenta evidencia empírica para México sobre la demanda de servicios de salud, con base en la Encuesta Nacional de Salud II (ENSAII) y la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares de 1996 (ENIGH96).

Específicamente, se analiza en qué medida los hogares recurren a la medicina privada, a los servicios médicos para la población abierta y (en su caso), a los seguros sociales, para atender su salud.

### **A. Encuesta nacional de salud**

#### **1. Características**

La Encuesta Nacional de Salud II (ENSAII), levantada en 1994, presenta un panorama general de la situación de morbilidad en el país y permite cuantificar la utilización de los servicios de salud.

En la primera entrevista se identificó a los integrantes del hogar que solicitaron algún servicio de salud durante los 15 días previos al levantamiento de la encuesta, y en visitas subsecuentes se obtuvo información sobre el tipo de institución a la que acudieron, la causa que motivó la demanda, los costos explícitos e implícitos asociados y la calidad de la atención<sup>53</sup>.

---

<sup>53</sup> En conjunto se visitaron 12,615 viviendas, lo que significó recabar información sobre 61,524 personas. La tasa global de respuesta fue de 96.7%.

## 2. Resultados de la expansión de la muestra

### a) Morbilidad

De acuerdo con ENSA II, la morbilidad reportada es mayor para los grupos de población más pobre: 11.6% en el nivel socioeconómico más bajo y 7.1% en el más alto, para un promedio de 10.1%<sup>54</sup>.

### b) Uso de servicios médicos

Sólo el 40.5% de quienes tuvieron problemas de salud en las dos semanas anteriores a la encuesta, reportó haber utilizado servicios de salud<sup>55</sup>.

La tasa de utilización por parte de la población asegurada es de 7.7%, casi el doble que la de los no asegurados (4.2%) a pesar de que la morbilidad percibida es similar (10.4% para los no asegurados y 11.3% para los asegurados)<sup>56</sup>.

### c) Tipo de servicios médicos utilizados

A mayor nivel educativo, aumenta la probabilidad de utilizar servicios privados de salud, tanto para los no asegurados como para los asegurados. No obstante, las probabilidades son relativamente bajas para la población asegurada y especialmente elevadas en el caso de la población no asegurada<sup>57</sup>:

**Cuadro 9**  
**TIPOS DE SERVICIOS MÉDICOS UTILIZADOS SEGÚN CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO**  
(Porcentajes)

Escolaridad	Asegurados			No asegurados		
	Seguros sociales (%)	Servicios privados (%)	Otros (a) (%)	Secretaría de salud (%)	Servicios privados (%)	Otros (b) (%)
Ninguna	70.1	16.6	13.3	34.5	47.8	17.7
Menos de 3 años de primaria	66.6	18.3	15.1	33.0	51.0	16.0
3 a 6 años de primaria	73.6	18.6	7.8	36.7	47.6	15.7
Secundaria	65.8	23.8	10.4	21.4	53.2	25.4
Preparatoria o Vocacional	61.1	30.2	8.7	23.4	67.1	9.5
Profesional	52.0	40.0	8.0	12.9	77.8	9.3

**Notas:** (a) Incluye a la Secretaría de Salud.

(b) Incluye a los seguros sociales.

Dada la bien fundamentada relación entre el nivel de escolaridad y los salarios esperados en el mercado, los resultados anteriores pueden tomarse como una aproximación a las curvas de Engel de los servicios médicos públicos y privados.

<sup>54</sup> Secretaría de Salud (1994) págs. 19 y 24.

<sup>55</sup> Ibid pág. 27.

<sup>56</sup> Ibid págs. 27 y 17.

<sup>57</sup> Ibid págs. 44, 45 y 46. Cabe señalar que una proporción de los usuarios de los seguros sociales se atendió, en el período de referencia, en las instalaciones de la Secretaría de Salud y viceversa. Una de las razones que explican lo anterior es que la ley obliga a los médicos y hospitales a atender a cualquier paciente, en caso de urgencia, sin importar su capacidad de pago o adscripción a los seguros sociales.

Así, al elevarse el nivel de ingresos, los asegurados dejan de utilizar gradualmente los servicios médicos de los seguros sociales y recurren cada vez más a los servicios médicos privados. Sin embargo, no abandonan totalmente los seguros sociales, sino que recurren a ella para las enfermedades más serias y costosas.

Los no asegurados, por su parte, recurren a los servicios médicos privados desde niveles de ingreso bajos y a niveles altos sólo utilizan marginalmente los servicios médicos de la Secretaría de Salud.

#### **d) Costos explícitos**

Los servicios de los seguros sociales se ofrecen gratuitamente en el momento de prestarse, mientras que la Secretaría de Salud maneja una escala variable de tarifas por visita, que en 1994 oscilaba, en promedio, entre \$3.11 en zonas rurales y \$5.66 en localidades urbanas (lo cual equivale, a precios de enero de 1999, a \$8.77 y \$15.96, respectivamente). Los precios de la medicina privada excedían a los del sector público por un factor de 10 a 15 (CONAPO, 1995).

Al controlar por la institución en la que se solicitó el servicio, ENSA II reporta que los gastos de bolsillo promedio totales son menores para los usuarios de los seguros sociales, seguidos de los que acuden a la Secretaría de Salud (el doble de los anteriores), y finalmente, de quienes utilizan servicios privados (más del quíntuple de los primeros). Dichos gastos incluyen, en su caso, el costo de transporte, consulta, medicamentos, análisis de laboratorio y otros desembolsos<sup>58</sup>.

#### **e) Costos implícitos**

La ENSA II estima dos tipos de costos implícitos de la atención de la salud, a saber, los tiempos de recorrido y de espera.

Así, los usuarios de servicios de salud invierten, en promedio, poco más de media hora para trasladarse al lugar donde reciben atención (30.8 minutos). Los usuarios de áreas rurales dedican casi el doble del tiempo que los que viven en zonas urbanas (45.7 y 25.8 minutos, respectivamente)<sup>59</sup>.

El promedio nacional de tiempo de espera es de 43 minutos (para una duración de la consulta de 24 minutos). Los tiempos promedio de espera reportados para los seguros sociales son mucho mayores al promedio nacional, aunque también la duración de la consulta es mayor.

### **3. Estimación de elasticidades**

Con base en ENSA II, CONAPO (1995) llevó a cabo un estudio sobre la demanda de servicios de salud en el país, en el cual se estimó un modelo logit multinomial en el que la demanda de servicios curativos de salud se hizo función de características individuales, tales como la edad, el sexo, la educación y el origen étnico; el gasto mensual per capita de los hogares; y, un vector de precios monetarios y no monetarios de la atención, correspondientes a los servicios de salud privados, públicos y seguros sociales.

Se incorporaron sistemáticamente variables cuadráticas y términos de interacción.

Se estimaron cuatro tipos de ecuaciones, correspondientes a las probabilidades de que una persona, habiendo declarado tener problemas de salud en las dos semanas previas a la encuesta:

---

<sup>58</sup> Ibid, pág. 55.

<sup>59</sup> Ibid, pág. 47.

No buscara atención fuera del hogar; utilizara servicios públicos de salud; utilizara los servicios de los seguros sociales; o, utilizara servicios privados.

Sobre esta base, se obtuvieron dos resultados básicos: para la población no asegurada, la elasticidad ingreso de la demanda de servicios de salud resultó negativa para los servicios de la Secretaría de Salud y positiva para los privados; y, las elasticidades de la demanda de servicios médicos ante los costos implícitos (tiempos de recorrido y de espera), resultaron negativas y significativas.

Los resultados del análisis resultan decepcionantemente pocos, lo cual puede atribuirse tanto a las limitaciones de la ENSA (en particular, una deficiente captación del ingreso del hogar) como a las de la metodología utilizada: paradójicamente, la inclusión de demasiadas variables independientes (al incorporarse sistemáticamente términos cuadráticos y de interacción) da lugar (por un problema similar a la multicolinealidad en los análisis de regresión convencionales) a un bajo nivel de significancia estadística de muchos coeficientes, problema que puede verse agravado por el efecto de observaciones aberrantes.

#### **4. Balance**

Para la población no asegurada, los servicios de salud para la población abierta se comportan como un bien inferior y los privados como un bien superior.

La distancia recorrida es un factor determinante de la demanda de servicios médicos, por lo que la atención de la salud de la población rural dispersa plantea serios problemas, especialmente al dependerse de estrategias curativas y no preventivas, por no existir un seguimiento sistemático de la salud de la población.

Finalmente, los tiempos de espera son un factor que incide en la tasa de utilización de los servicios médicos, lo cual otorga gran importancia a posibles mejoras cualitativas en las estrategias de atención.

En todo caso, la ENSA resulta insuficiente como base para el análisis de la demanda de los servicios de salud, por lo que se requiere complementarla con análisis basados en la ENIGH.

## **B. Encuesta de ingresos y gastos de los hogares**

En esta sección se comentan brevemente los resultados más relevantes obtenidos del análisis de la base de datos de la ENIGH96.

### **1. Características**

La ENIGH96 no permite controlar la ocurrencia o no de eventos disruptores de la salud durante el período de análisis, pero en cambio capta, en forma muy precisa, el ingreso corriente total del hogar y las características sociodemográficas de éste, incluido el aseguramiento de los trabajadores.

Más aún, la base de datos de la ENIGH registra, para cada hogar, tanto el uso pagado de bienes y servicios para el cuidado de la salud como el uso no pagado de los mismos.

### **2. Probabilidad de aseguramiento y nivel de ingreso**

La información sobre la estructura del hogar permite distinguir entre: hogares plenamente asegurados, en los cuales todos los miembros son, presumiblemente, derechohabientes; hogares parcialmente asegurados, en los cuales algunos (pero no todos) los miembros son derechohabientes; y hogares no asegurados, en los cuales no hay asegurados y por tanto, tampoco es de esperar que haya derechohabientes.

Al ordenar los hogares por deciles de personas, de acuerdo a su ingreso corriente total per cápita, se puede calcular la proporción de hogares no asegurados, parcialmente asegurados y plenamente asegurados en cada decil:

**Cuadro 10**  
**PROBABILIDAD DE ASEGURAMIENTO POR HOGAR**  
(Porcentajes)

Decil	Tipo de Hogar			
	Total (%)	Asegurado		No Asegurado (%)
		Plenamente (%)	Parcialmente (%)	
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>21.31</b>	<b>21.13</b>	<b>57.57</b>
I	100	2.73	3.30	93.97
II	100	5.06	7.41	87.54
III	100	8.28	12.81	78.91
IV	100	16.48	15.48	68.03
V	100	18.51	18.55	62.94
VI	100	20.92	25.48	53.59
VII	100	24.88	26.94	48.17
VIII	100	25.87	30.59	43.55
IX	100	29.65	26.69	43.66
X	100	35.91	25.97	38.12

Como se observa, la probabilidad de aseguramiento y de aseguramiento pleno se elevan con el nivel de ingreso per cápita, pues la proporción de hogares no asegurados desciende de 94.0% en el primer decil a 38.1% en el último; y, en cambio, la proporción de hogares plenamente asegurados se eleva de 2.7% en el primer decil a 35.9% en el último.

Por otra parte, se observa que los hogares no asegurados predominan en el agregado; y, en cambio, los hogares plenamente asegurados son sólo poco más de la quinta parte del total.

Ello destaca la baja cobertura de los seguros sociales en el agregado y la importancia de los criterios de derechohabencia, dada la abundancia de hogares que no tienen una estructura familiar clásica (cónyuges y sólo hijos menores de edad).

### 3. Gasto esperado en cuidados de la salud

Se calculó el gasto esperado en cuidados de la salud, por hogar, según deciles de personas de acuerdo al ingreso corriente total per cápita, separando a los hogares no asegurados, parcialmente asegurados y plenamente asegurados. A pesar de la irregularidad en el comportamiento de los promedios por deciles, se detecta que el gasto esperado por hogar:

**Cuadro 11**  
**GASTO ESPERADO POR HOGAR EN SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD**  
*(Pesos mensuales de enero de 1999)*

Decil	Tipo de Hogar			
	Total	Asegurado		No asegurado
		Plenamente	Parcialmente	
<b>Total</b>	<b>132.94</b>	<b>126.88</b>	<b>135.89</b>	<b>134.11</b>
I	30.62	28.27	12.21	31.33
II	67.30	9.82	42.19	72.74
III	65.91	23.13	58.92	71.54
IV	89.30	31.96	63.53	109.06
V	75.80	47.44	97.40	77.77
VI	97.39	54.78	93.03	116.10
VII	92.65	39.37	99.63	116.27
VIII	138.47	82.71	97.79	200.17
IX	161.52	129.75	157.47	185.57
X	328.81	294.04	287.15	389.93

Es positivo aún para los hogares de más bajos ingresos; aunque, tiende a elevarse con el nivel de ingreso, tanto para los hogares no asegurados como para los parcialmente asegurados y los plenamente asegurados (con la posible excepción, en estos últimos, de una reducción, al pasar del primer al segundo decil); y, es consistentemente mayor para los hogares no asegurados que para los plenamente asegurados, aunque las diferencias son muy inferiores, para todos los deciles, al costo privado del seguro de salud para la familia (\$231.50 mensuales) y sobre todo, al costo total (incluyendo la cuota gubernamental) de éste (\$373.15 mensuales).

Por tanto, el aseguramiento representa, para el hogar, una reducción efectiva de su gasto en cuidados de la salud, pero ésta es muy inferior al costo de adquirir el seguro de salud para la familia, lo cual crea claros problemas de incentivos. Además, la comparación se torna aún más desfavorable cuando se toma en cuenta el monto de la cuota gubernamental, lo cual sugiere un serio problema de costos excesivos en la seguridad social. Sin embargo, debe tenerse en cuenta también que los hogares no asegurados se benefician de los servicios de salud para la población abierta, los cuales actúan como un subsidio a la informalidad.

#### 4. Probabilidad de uso pagado y no pagado

Se calculó, para cada decil de personas de acuerdo al ingreso corriente total per cápita, la probabilidad de que un hogar no asegurado, parcialmente asegurado o plenamente asegurado, utilice bienes y servicios para el cuidado de la salud pagados, no pagados y de ambos tipos. Como se observa:

**Cuadro 12**  
**PROBABILIDAD DE QUE UN HOGAR UTILICE SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD**  
*(Porcentajes)*

Tipo de Hogar	Total	Deciles									
		I (%)	II (%)	III (%)	IV (%)	V (%)	VI (%)	VII (%)	VIII (%)	IX (%)	X (%)
<b>Total</b>											
Pagados o No pagados	70.39	58.01	64.93	67.00	71.46	70.31	69.62	69.00	69.49	76.02	76.93
Pagados	60.89	52.03	59.41	59.86	61.71	60.56	59.90	57.63	59.69	65.01	66.00
No pagados	20.76	13.92	14.48	14.57	19.80	21.18	21.34	22.34	22.39	25.63	23.53
<b>Plenamente Asegurado</b>											
Pagados o No pagados	75.21	54.11	64.43	65.10	74.88	68.48	76.31	69.87	74.50	80.38	79.11
Pagados	58.67	47.10	39.00	39.84	41.43	53.80	60.41	53.83	58.87	65.83	65.47
No pagados	34.09	9.16	40.69	41.36	49.01	34.68	35.84	32.94	37.81	33.02	28.03
<b>Parcialmente Asegurado</b>											
Pagados o No pagados	73.31	62.67	55.28	62.85	70.02	76.22	70.21	68.98	70.48	80.38	80.51
Pagados	59.06	38.04	47.79	48.60	58.20	56.02	53.89	52.41	57.04	66.96	69.30
No pagados	30.60	36.20	16.79	25.40	26.52	35.62	36.71	30.08	28.80	34.38	27.53
<b>No asegurado</b>											
Pagados o No pagados	67.54	57.96	65.77	67.87	70.96	69.10	66.72	68.56	65.83	70.39	72.44
Pagados	62.39	52.67	61.57	63.78	67.42	63.89	62.56	62.52	62.05	63.25	64.24
No pagados	12.21	13.27	12.77	10.00	11.19	12.95	8.37	12.53	8.72	15.25	16.56

la probabilidad de utilizar bienes y servicios para el cuidado de la salud (pagados o no) es considerablemente más alta en el último decil (76.9%) que en el primero (58.0%), a pesar de que la morbilidad (objetiva y aún percibida, de acuerdo a la ENSA) es más alta para los niveles más bajos de ingreso; la suma de las probabilidades de utilizar bienes y servicios pagados y no pagados es mayor a la probabilidad de utilizar unos u otros indistintamente, debido a que en todos los deciles existen hogares que utilizan ambos tipos de bienes y servicios; y, la probabilidad de utilizar bienes y servicios no pagados es sensiblemente mayor para los hogares plenamente asegurados que para los no asegurados (salvo en el caso de los asegurados del primer decil de ingresos, quienes aparentemente afrontan problemas de acceso a las instalaciones de los seguros sociales, probablemente por residir en las zonas rurales) lo cual confirma que, entre los hogares no asegurados, ni siquiera los más pobres tienen acceso a una atención integral gratuita.

## 5. Probabilidad de uso por proveedores

### a) Bienes y servicios para el cuidado de la salud en general

Se calculó, para cada decil de personas de acuerdo a su ingreso corriente total per cápita, la probabilidad de que un hogar no asegurado, parcialmente asegurado o plenamente asegurado, utilice bienes y servicios para el cuidado de la salud provistos por el sector privado, por los seguros sociales o por los servicios médicos para la población abierta. Como se observa:

Cuadro 13

**PROBABILIDAD DE QUE UN HOGAR UTILICE SERVICIOS PARA EL CUIDADO DE LA SALUD SEGÚN INSTITUCIÓN QUE PROPORCIONE EL SERVICIO**  
(Porcentajes)

Tipo de hogar	Total	Deciles									
		I (%)	II (%)	III (%)	IV (%)	V (%)	VI (%)	VII (%)	VIII (%)	IX (%)	X (%)
<b>Total</b>											
Cualquier proveedor	70.39	58.01	64.93	67.00	71.46	70.31	69.62	69.00	69.49	76.02	76.93
Sector privado	59.52	48.47	56.01	56.90	58.63	58.93	57.44	56.21	59.60	64.50	67.58
Seguros sociales	18.10	7.06	8.17	10.55	14.41	17.83	19.92	22.33	21.98	24.32	21.61
Servicios a población abierta	12.56	17.22	21.35	20.96	19.52	16.05	14.96	10.08	8.85	6.55	3.61
<b>Plenamente asegurados</b>											
Cualquier proveedor	75.21	54.11	64.43	65.10	74.88	68.48	76.31	69.87	74.50	80.38	79.11
Sector privado	59.16	41.78	38.10	41.76	41.93	52.97	58.92	53.06	59.05	67.07	67.52
Seguros sociales	34.41	14.09	38.73	36.42	47.93	34.79	37.75	34.51	38.87	34.58	26.97
Servicios a población abierta	5.64	5.64	11.03	14.13	5.82	9.80	10.10	5.76	6.57	3.45	2.12
<b>Parcialmente asegurados</b>											
Cualquier proveedor	73.31	62.67	55.28	62.85	70.02	76.22	70.21	68.98	70.48	80.38	80.51
Sector privado	58.83	33.68	41.28	47.33	57.97	56.74	52.80	51.94	57.08	66.27	70.90
Seguros sociales	30.06	32.11	15.41	23.25	24.27	35.33	35.14	31.95	28.78	33.80	26.70
Servicios a población abierta	8.31	14.12	13.90	16.24	10.76	10.64	9.75	9.13	8.40	5.23	4.33
<b>No asegurados</b>											
Cualquier proveedor	67.54	57.96	65.77	67.87	70.96	69.10	66.72	68.56	65.83	70.39	72.44
Sector privado	59.90	49.19	58.29	60.04	62.83	61.33	59.06	60.23	61.69	61.67	65.39
Seguros sociales	7.66	5.98	5.79	5.78	4.04	7.69	5.72	10.65	7.16	11.55	13.10
Servicios a población abierta	16.68	17.67	22.57	22.44	24.83	19.48	19.33	12.85	10.53	9.47	4.51

Para los hogares plenamente asegurados, la probabilidad de utilizar bienes y servicios provistos por los seguros sociales es relativamente alta (superior a un tercio) para los deciles del segundo al noveno; para los hogares no asegurados, la probabilidad de utilizar bienes y servicios provistos por los servicios médicos para la población abierta:

Es relativamente baja (menor a un cuarto) en todos los deciles; su nivel más alto (alrededor de un quinto) se alcanza del segundo al sexto decil y no en el primero, como resultaría deseable; y

se mantiene un nivel no marginal (alrededor de un décimo) del séptimo al noveno decil aunque alcanza su nivel más bajo (un vigésimo) en el último decil;

La probabilidad de utilizar bienes y servicios provistos por el sector privado tiende a elevarse con el nivel de ingresos, tanto para los hogares asegurados (plenamente o no) como para los no asegurados; y, para el conjunto de los hogares (asegurados o no), la probabilidad de demandar bienes y servicios para el cuidado de la salud (de cualquier proveedor) tiende a elevarse con el nivel de ingresos.

El hecho de que los hogares no asegurados de los deciles cuarto al noveno utilicen (de manera no predominante, pero tampoco marginal) los servicios médicos que el sector salud ofrece a la población abierta, indica que éstos subsidian y alientan la informalidad, al permitir que hogares con capacidad de pago de primas se arriesguen a no afiliarse a los seguros sociales (ni contratar un seguro privado) por contar, como último recurso, con los SES y los hospitales e instituciones coordinadas por la SS.

### **b) Atención primaria o ambulatoria**

Para tener una base de comparación más precisa, conviene restringir el análisis a la atención primaria o ambulatoria. Para este efecto, se calcula la probabilidad total de utilizar este tipo de servicios, así como las probabilidades de que hayan sido provistos por el sector privado, los seguros sociales o los servicios médicos para la población abierta. Las probabilidades se calculan por deciles de personas de acuerdo al ingreso corriente total per cápita, tanto para el conjunto de los hogares como para los plenamente asegurados, los parcialmente asegurados y los no asegurados. Se observa que:

Para los hogares plenamente asegurados, la probabilidad de recibir atención primaria o ambulatoria de los seguros sociales, es alta (más de un cuarto) del segundo al noveno decil; para los hogares no asegurados, la probabilidad de recibir atención primaria o ambulatoria de los servicios a la población abierta es baja (menos de un cuarto) en todos los deciles; la probabilidad de demandar atención primaria o ambulatoria del sector privado tiende a elevarse con el nivel de ingresos, tanto para los hogares asegurados (plenamente o no) como para los no asegurados; la probabilidad de utilizar atención primaria o ambulatoria (de cualquier proveedor) es mayor, en todos los deciles, para los hogares plenamente asegurados que para los no asegurados; en todos los deciles, salvo el primero, la probabilidad de demandar atención primaria o ambulatoria del sector privado es mayor para los hogares no asegurados que para los plenamente asegurados; y para el conjunto de los hogares (asegurados o no), la probabilidad de demandar atención primaria o ambulatoria (de cualquier proveedor) tiende a elevarse con el nivel de ingresos.

Cuadro 14

**PROBABILIDAD DE QUE UN HOGAR UTILICE ATENCIÓN PRIMARIA O AMBULATORIA SEGÚN INSTITUCIÓN QUE PROPORCIONE EL SERVICIO**

(Porcentajes)

Tipo de hogar	Total	Deciles									
		I (%)	II (%)	III (%)	IV (%)	V (%)	VI (%)	VII (%)	VIII (%)	IX (%)	X (%)
<b>Total</b>											
Cualquier proveedor	53.56	36.20	41.30	49.63	52.82	53.30	55.51	52.78	54.26	61.23	61.83
Sector privado	37.09	21.54	29.16	34.26	34.29	34.37	36.65	35.21	37.23	43.36	48.54
Seguros sociales	16.51	6.22	7.01	9.35	13.22	17.14	17.81	19.84	20.04	22.95	19.54
Servicios a población abierta	11.22	15.61	17.41	19.23	17.99	14.05	13.47	9.15	7.96	6.00	3.21
<b>Plenamente asegurados</b>											
Cualquier proveedor	59.34	44.64	51.50	50.41	62.58	53.41	59.49	52.51	59.61	65.64	61.23
Sector privado	34.80	32.31	20.97	19.24	20.50	23.68	31.24	29.09	34.88	41.98	44.23
Seguros sociales	31.12	14.09	37.05	30.51	45.89	32.89	33.19	29.16	33.35	32.96	24.54
Servicios a población abierta	5.13	5.64	9.64	10.51	5.59	8.79	9.36	5.48	6.38	3.07	1.82
<b>Parcialmente asegurados</b>											
Cualquier proveedor	60.28	45.01	32.86	52.00	55.51	63.78	59.80	54.16	57.62	66.05	69.33
Sector privado	38.57	11.92	19.18	30.62	36.60	34.89	32.39	30.15	35.47	43.97	55.34
Seguros sociales	27.49	20.75	14.65	20.76	20.87	34.05	31.93	28.39	27.40	31.01	24.30
Servicios a población abierta	7.02	14.12	6.08	14.21	10.16	8.12	8.09	8.11	7.31	4.86	3.42
<b>No asegurados</b>											
Cualquier proveedor	48.96	35.64	41.43	49.16	49.85	50.19	51.91	52.16	48.72	55.29	57.29
Sector privado	37.39	21.57	30.48	36.43	37.10	37.37	40.79	41.20	39.87	43.93	47.98
Seguros sociales	7.07	5.48	4.63	5.28	3.56	7.53	5.08	10.24	6.97	11.23	11.59
Servicios a población abierta	15.02	15.96	18.81	20.96	22.77	17.34	17.63	11.64	9.36	8.69	4.37

Por tanto, la atención primaria o ambulatoria se comporta como un bien normal y esta afirmación es aún más patente en el caso de los servicios ofrecidos por el sector privado.

Ahora bien, aunque los hogares tienden a preferir los servicios del sector privado puede inferirse que, consideran los seguros sociales como una mejor alternativa, en cuanto a calidad, que los servicios para la población abierta. Ello es consistente con lo reportado por las encuestas de opinión y con la evaluación de los modelos de atención de los seguros sociales y de la Secretaría de Salud.

## C. Implicaciones

La elevación de los ingresos de un hogar va acompañada por una mayor utilización de bienes y servicios para el cuidado de la salud y por un desplazamiento hacia la provisión privada de tales bienes y servicios, el cual es especialmente notorio en el último decil de ingresos, pero nunca llega a ser total.

Lo anterior permite inferir que las familias otorgan un gran valor a la libertad de elección (de sus médicos, del hospital en que se internarán, etc.) y por ello están dispuestos a incurrir en el costo de atenderse en el sector privado. Sin embargo, no pueden prescindir de los servicios provistos por el sector público, sobre todo para enfermedades graves o prolongadas.

## V. Elementos para una reforma al sistema de salud

---

En este capítulo se delinearán los principales aspectos en los que es necesario avanzar para el logro de un sistema de salud mejor adaptado a las condiciones socioeconómicas de México y sobre esta base se sugieren medidas específicas a adoptar.

Los avances requeridos se centran en ampliación de la cobertura; racionalización institucional; mejora en la calidad de la atención; y abatimiento de costos.

Las medidas específicas que se sugieren recogen los planteamientos desarrollados en el marco conceptual, así como elementos del diagnóstico de la situación actual:

La seguridad social en una solución más eficiente que el aseguramiento privado, ya que permite reducir los problemas de selección adversa y riesgo moral, así como los problemas de externalidades negativas; la especialización institucional en función de poblaciones objetivo diferentes eleva los costos y afecta la calidad del cuidado de la salud; distinguir entre distintos niveles de atención, abre la posibilidad de combinar, de manera pragmática diferentes mecanismos de atención de la demanda (y de contención de costos) como son:

Para el primer nivel de atención, pago de una prima capitada, ajustada por riesgo, a un médico de familia libremente elegido por el usuario; para el tercer nivel de atención, provisión directa de los servicios, y para el segundo nivel de atención, una combinación de provisión directa con aseguramiento privado.

## **A. Ampliación de cobertura**

### **1. Hacia una cobertura universal efectiva**

*La imagen objetivo de un sistema de salud involucra necesariamente la cobertura universal.*

Ahora bien, para que ésta tenga una clara incidencia sobre los niveles de salud y bienestar de la población, debe: combinar acciones preventivas y curativas; involucrar un seguimiento de la salud de las familias; y dar acceso a un sistema de referencia y contrarreferencia que permita atender enfermedades (y accidentes) de mediana e incluso alta complejidad.

### **2. Ampliación de la seguridad social**

Las estrategias para el logro de una cobertura universal efectiva pueden ser muy diversas. Así, es posible ofrecer servicios de salud, a toda la población, sobre una base no contributiva, haciendo depender íntegramente el financiamiento de impuestos generales.

Este esquema es muy atractivo, pues, entre otras ventajas, facilita grandemente la continuidad en la atención de la salud de cada hogar, al hacerla independiente de la inserción de sus miembros en el mercado laboral. Sin embargo, tal esquema impondría, en el caso de México, una carga posiblemente excesiva sobre las finanzas públicas. En efecto, el sistema tributario debería generar recursos adicionales para sustituir las actuales cuotas obrero – patronales, así como para absorber el costo de incorporar a la población actualmente no cubierta, en una situación en que existen otros requerimientos apremiantes a los que canalizar un eventual incremento de la recaudación y que ascienden, como mínimo, a 3.2% del PIB<sup>60</sup>.

De hecho, puede considerarse que la reforma al régimen financiero del Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS ha llevado las cuotas gubernamentales a su límite práctico en el mediano plazo, habida cuenta, sobre todo, del costo que tendría mantenerlas ante una sustancial ampliación de la cobertura. Por tanto, la estrategia más factible para el caso de México es la ampliación de la seguridad social.

### **3. Afiliación obligatoria de patrones y trabajadores por cuenta propia**

La ampliación de la cobertura de la seguridad social requeriría incorporar al régimen obligatorio de los seguros sociales a los trabajadores por cuenta propia y a los patrones (personas físicas). Los nuevos asegurados cubrirían una cuota fija (independiente del nivel de ingresos) cuyo nivel sería igual (o similar) al del seguro de salud para la familia (independientemente de que podría revisarse el nivel general de las cuotas, en caso de lograrse significativas ganancias en eficiencia).

La incorporación de los trabajadores por cuenta propia y los patrones al régimen obligatorio se vería facilitada por las recientes reformas al régimen financiero del Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS. En efecto, al transitarse hacia un sistema de cuota prácticamente única para los asalariados, se evita el falso problema de tener que calcular un análogo del salario para los trabajadores por cuenta propia y los patrones, que sirva de base al cálculo de las cuotas a los seguros sociales.

---

<sup>60</sup> SHCP (1998), *Algunos Aspectos del Gasto Público en México*, Subsecretaría de Egresos, México, octubre.

#### **4. Subsidio completo a la familias más pobres**

Las familias más pobres no tendrían capacidad económica para cubrir la cuota única a los seguros sociales, por lo que se requeriría que ésta fuera cubierta por el Gobierno Federal, con lo cual se acentuaría la evolución de un sistema de seguros sociales hacia una auténtica seguridad social.

La factibilidad de esta propuesta se ha visto incrementada por el fortalecimiento de los mecanismos para realizar transferencias monetarias directas a nivel de hogar, como en el caso del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá) y del crédito al salario previsto en la Ley del Impuesto sobre la Renta.

### **B. Racionalización institucional**

#### **1. Especialización institucional por niveles de atención**

Actualmente, las instituciones que ofrecen servicios de salud se especializan en función de sus poblaciones objetivo, a las que tratan de dar, en la medida de lo posible, una atención integral.

Ello implica que el IMSS desarrolle labores de salud comunitaria (que, como se ha señalado, imponen una fuerte carga de trabajo a su primer nivel de atención) e, inversamente, la SS y los SES presten servicios de consulta médica, hospitalización y alta especialidad (cuya eficacia se ve grandemente disminuida por no contar con un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia).

Además, los servicios médicos a la población abierta dan lugar a un subsidio a la informalidad, ya que disminuyen el riesgo asociado a la decisión de no afiliarse a los seguros sociales. Este efecto persistiría aunque se tratara de cobrar cuotas de recuperación cercanas al costo para las familias con capacidad de afrontarlas, pues la aleatoriedad de los eventos que afectan negativamente la salud determina que muy pocas familias tengan la capacidad económica para afrontar los gastos de un enfermedad o un accidente serios, cuando éstos suceden, aunque puedan cubrir razonablemente una cuota de aseguramiento, sobre todo si ésta se encuentra subsidiada.

Por tanto, en una situación en que la población asalariada, la población no asalariada con capacidad de pago de primas y la población más pobre estuvieran cubiertas por la seguridad social, podría realizarse una profunda redefinición de las atribuciones institucionales, en que el sistema SS/SES se especializara en las tareas de salud comunitaria (fortaleciéndolas y ampliándolas) mientras que la seguridad social se concentrara en los niveles de medicina de familia, consulta de especialidades, hospitalización y alta especialidad, mismos que continuarían vinculados por un sistema de referencia y contrarreferencia.

#### **2. Unificación de los servicios médicos**

Adicionalmente, resulta indispensable unificar los servicios médicos de los seguros sociales (IMSS, ISSSTE, ISSFAM, ISSSTEs estatales y otras entidades, como PEMEX), y de los actuales sistemas de atención a la población abierta (SES, SS y sus entidades coordinadas).

De esta manera, se puede constituir un auténtico sistema nacional de salud y, en particular, estructurar un sistema unificado de referencia y contrarreferencia.

### **3. Reformas legales requeridas**

La profundidad de los cambios propuestos requeriría de una reforma legal igualmente sustantiva. Específicamente, sería necesaria la expedición de una Ley General de Seguridad Social, posiblemente fundamentada en un cambio constitucional que convirtiera la afiliación a la seguridad social en derecho y obligación de los habitantes del país.

Adicionalmente, serían necesarias reformas a la Ley General de Salud, para suprimir las obligaciones de los SES y de la propia SS en materia de atención curativa de la población y fortalecer sus compromisos en materia de salud comunitaria.

## **C. Mejora en calidad**

La extensión del aseguramiento obligatorio debería ir acompañada de una mejora significativa en la calidad (objetiva y percibida) de los servicios de atención de la salud proporcionados por la seguridad social. Entre las medidas consideradas indispensables para este efecto, están las que a continuación se plantean.

### **1. Sistema universal de referencia y contrarreferencia**

La cobertura universal de la seguridad social, aunada a la racionalización institucional, daría lugar al establecimiento de un sistema universal de referencia y contrarreferencia.

Ello mejoraría significativamente la calidad de la atención, al evitar que los cambios en la inserción en el mercado laboral de los miembros del hogar obliguen a la familia a cambiar de proveedores de servicios de salud (o incluso a prescindir de tales servicios), como sucede en la actualidad.

### **2. Libre elección del médico de familia**

Se requeriría que los hogares pudieran elegir libremente a su médico de familia y pudieran también cambiarlo, después de un cierto tiempo, en caso de no estar satisfechos con la calidad de la atención recibida.

El médico de familia debería aumentar su capacidad resolutive y brindar (mediante acuerdos con otros médicos, del tipo que existen en la práctica privada) atención de urgencias las 24 horas, los 365 días al año.

El actual personal de medicina familiar de los seguros sociales, así como el personal de consulta externa de la SS y los SES, pasaría a prestar sus servicios en forma independiente.

### **3. Reversión de cuotas por seguros de gastos médicos mayores**

Se permitiría la reversión (parcial) de cuotas en favor de patrones y trabajadores, cuando éstos estuvieran cubiertos por un seguro de gastos médicos mayores que llenara ciertos requisitos.

El monto de la reversión no dependería del costo de la prima, sino del ahorro esperado por la seguridad social (dada una estimación de sus costos económicos, para el tipo de atención ofrecido). De esta manera, la intervención pública aseguraría un cierto nivel de calidad de la atención, pero dejaría a las familias en libertad para demandar servicios con las características que consideraran deseables.

Las primas podrían ser menores a las actualmente vigentes en el mercado, al incorporar cláusulas que requirieran que para poder hacer uso de los servicios cubiertos por la póliza, el paciente debiera ser referido por su médico de familia.

## **D. Abatimiento de costos**

La transición hacia una cobertura universal y la mejoría de la calidad de la atención a la salud requeriría un aumento significativo de los recursos que el Estado y los particulares canalizan a este fin. Para moderar este efecto, sería indispensable tomar medidas que abatieran los costos unitarios para una calidad dada de la atención.

### **1. Sistema unificado de referencia y contrarreferencia**

La unificación de los servicios de atención a la salud (y, en particular, el establecimiento de un sistema unificado de referencia y contrarreferencia) permitiría un claro abatimiento de los costos unitarios, debido a la racionalización en el uso de la capacidad instalada, tanto por lo que toca al capital físico como al capital humano.

Así, se evitaría el tener que contar, en una misma localidad, con capacidad instalada hospitalaria del IMSS, el ISSSTE, el ISSFAM y los SES, cada una con márgenes de capacidad de reserva.

### **2. Sistema de pago a los médicos de familia**

Los médicos de familia serían pagados sobre la base de una iguala mensual por hogar que los seleccionara, el monto de la cual dependería del número de miembros y las características de éstos (niños, ancianos, mujeres en edad fértil, etc.). Es decir, se trataría de una prima capitada, ajustada por riesgo.

La prima capitada, ajustada por riesgo ofrece, en el caso de la medicina de familia, mejores incentivos a médicos y pacientes, lo cual facilita el control de costos y la mejora en la calidad del servicio respecto de las alternativas de pago por evento y de provisión directa del servicio mediante la contratación de personal asalariado.

### **3. Externalización de servicios**

La excesiva integración vertical de las actuales instituciones del sistema de seguros sociales propicia el encarecimiento y la baja calidad de los servicios.

Por ello, la externalización de una serie de servicios auxiliares puede ser un elemento central para abatir costos o aumentar la calidad de la atención (o ambas cosas), aspecto que resulta esencial al transitar a un auténtico sistema de seguridad social. Entre los servicios susceptibles de externalización destacan los siguientes: farmacias, transporte de pacientes, dietología, lavado de ropa; e imagenología.

Por lo que toca a los análisis clínicos, podrían concentrarse en los hospitales, para aprovechar las economías de escala que permiten las nuevas tecnologías, mientras que la toma de muestras se descentralizaría a través del personal paramédico de los médicos de familia, con el apoyo de un sistema de recogida de muestras y entrega de resultados.

En cambio, en los casos en que el avance tecnológico se ha traducido en un drástico abaratamiento de los equipos, se podría establecer que los médicos de familia contaran con ellos.

#### **4. Incentivos a la competencia**

Como se observa, no se plantea la reversión de cuotas a favor de prestadores integrales de servicios médicos (tipo Health Maintenance Organizations), ya que éstos pueden crear, en su provecho, estructuras oligopólicas y oligopsónicas en mercados que de otra forma serían muy competidos.

En efecto, tales estructuras oligopólicas y oligopsónicas pueden elevar el costo fiscal de la operación del sistema, deteriorar la remuneración a médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud y afectar negativamente la calidad del servicio. En cambio, las medidas propuestas alentarían la participación del sector privado en condiciones de competencia.

En este contexto, el sector público conservaría, además de las funciones de regulación que competen a la autoridad gubernamental, la responsabilidad fundamental de administrar el sistema de referencia y contrarreferencia<sup>61</sup>.

---

<sup>61</sup> Esta situación ofrece una interesante similitud con los esquemas propuestos para permitir la participación privada en la electricidad, en que el sector público mantiene el control de la red y la administración del despacho de energía.

## VI. Conclusiones

---

El trabajo muestra los alcances y limitaciones del sistema de salud actual en México y propone una agenda de temas a incorporar en la discusión y diseño de posibles reformas futuras.

En el primer capítulo, las conclusiones en materia de *políticas públicas* que se infieren del marco conceptual son:

La diversidad y complementariedad de los insumos para la producción de salud destaca la importancia de contar con un *enfoque integral en el diseño de la política social*, e implica que, en cierto sentido, *toda política social es una política de salud*; la aleatoriedad de los eventos disruptores de la salud implica la deseabilidad de contar con un *sistema integral de atención de la salud*, integrado por niveles de complejidad creciente (uno de los cuales sería el de la medicina familiar, en el cual el médico de familia sería libremente elegido por el hogar) ligados por un sistema de referencia y contrarreferencia y apoyado en acciones amplias de salud comunitaria; los problemas de información asimétrica justifican la existencia de los seguros sociales; consideraciones de política social y de reducción de externalidades negativas justifican la asignación de subsidios gubernamentales para el aseguramiento de las familias (en especial de las de menores ingresos), con lo cual se establece un régimen de seguridad social; y distinguir entre diversos niveles de atención permite combinar, en forma pragmática, la provisión directa de servicios por parte del sector público y diversos esquemas de pago a los proveedores privados.

El capítulo II presenta evidencia, para el caso de México, sobre la cadena causal que va de del nivel de ingresos y la oferta de servicios

básicos al acceso a insumos para la producción de la salud y de ahí, al estado de salud de las personas, el cual se refleja en las esperanzas de vida de la población. Los resultados permiten confirmar que:

El logro de los objetivos de la política de salud requiere del uso de instrumentos vinculados directamente a las política educativa y de vivienda, entre otras; y la persistente correlación negativa entre las esperanzas de vida y los índices de pobreza y marginación sugiere que las políticas públicas en materia de salud no han sido adecuadamente orientadas en función de criterios distributivos.

El capítulo III analiza los alcances y limitaciones del sistema de salud en el país y de él se pueden extraer un conjunto de conclusiones, entre las que destacan:

- los dos subsistemas que conforman el Sistema Nacional de Salud (seguros sociales y servicios de salud para la población abierta) están débilmente coordinados entre sí y presentan una acentuada desarticulación interna;
- la existencia de varias instituciones dentro del sistema de seguros sociales eleva los costos y disminuye la calidad de la atención;
- la nueva Ley del Seguro Social, al modificar el régimen financiero del Seguro de Enfermedades y Maternidad, permite la eliminación gradual de los subsidios cruzados por nivel de cotización, lo cual mejora la estructura de incentivos;
- la limitación del régimen obligatorio del Instituto Mexicano del Seguro Social al ámbito del empleo asalariado restringe la cobertura potencial de los seguros sociales y acentúa los problemas de ruptura del seguimiento de la salud de la familia al cambiar de empleo el jefe del hogar;
- el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene un sólido sistema de referencia y contrarreferencia, pero su primer nivel afronta serios problemas derivados del involucramiento del personal en labores de salud comunitaria y, sobre todo, de la falta de incentivos para los médicos familiares, mientras que el segundo y tercer niveles ven disminuida su eficacia y eficiencia por una excesiva integración vertical;
- el énfasis otorgado a la descentralización de los servicios de salud para la población abierta es acertado por lo que toca a las acciones de salud comunitaria, al ubicar la toma de decisiones en un nivel de gobierno más cercano a los usuarios, pero resulta cuestionable en el caso de los servicios médicos propiamente dichos, pues debilita o dificulta la estructuración de sistemas de referencia y contrarreferencia;
- la fórmula para la determinación y distribución de los recursos del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud tiene un fuerte componente inercial, lo que dificulta la corrección de las inequidades acumuladas en la distribución de los recursos humanos y materiales para la atención de la salud;
- los institutos coordinados por la Secretaría de Salud brindan atención médica de alta calidad, pero el beneficio social de sus acciones se ve limitado por la práctica de permitir a los pacientes el acceso directo a los mismos, sin pasar por un sistema de referencia y contrarreferencia;
- la medicina privada es un sector escasamente regulado, en el que no se ha promovido (ni se ha dado espontáneamente) la estructuración de sistemas de referencia y contrarreferencia;
- la intervención del sector privado en el aseguramiento de la salud se limita fundamentalmente a los seguros de gastos médicos mayores y éstos no ofrecen una adecuada cobertura de riesgos, por sus rígidas cláusulas de exclusión de enfermedades preexistentes; sin embargo,

- muchos empleadores (públicos o privados) contratan, para su personal, seguros de gastos médicos mayores, sin que ello les signifique reversión de cuotas, lo que permite inferir que los servicios médicos de los seguros sociales no se adaptan suficientemente a las demandas de los usuarios; y,
- la sociedad mexicana gasta más de 3.2% del PIB en bienes y servicios para el cuidado de la salud, lo cual sugiere que la superación de los problemas de salud requiere, sobre todo, una mayor equidad, eficacia y eficiencia en la asignación de los recursos, más que una ampliación sustancial en el monto de los mismos.

El capítulo IV se aboca al estudio de la demanda de servicios de salud en el país, con base en la Encuesta Nacional de Salud de 1994 y la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares de 1996. Se observa que:

- la cobertura de los seguros sociales es baja en el agregado;
- el aseguramiento representa, para el hogar, una reducción efectiva de sus gastos en cuidados para la salud, pero tal reducción es inferior al costo del seguro de salud para la familia, lo que crea problemas de incentivos para el aseguramiento;
- los servicios médicos para la población abierta subsidian o alientan la informalidad, ya que facilitan la decisión de no asegurarse a hogares que tienen capacidad de pago de primas, pero que no pueden afrontar una enfermedad costosa o larga; y,
- el cuidado de la salud se comporta como un bien normal, en particular cuando el oferente es el sector privado.

En el capítulo V se presenta una agenda de propuestas para una eventual reforma integral del sistema de salud. Entre ellas, destacan las siguientes:

- se debe incorporar a los trabajadores por cuenta propia y a los patrones al régimen obligatorio del Instituto Mexicano del Seguro Social, con base en una cuota única;
- el Estado debe absorber el costo de la incorporación a la seguridad social de la población en pobreza extrema;
- el Sistema Nacional de Salud debe tender a una especialización institucional por niveles de atención, en que la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud se aboquen a tareas de salud comunitaria y la seguridad social se concentre en la medicina de familia, la consulta de especialidades básicas, la hospitalización y la alta especialidad;
- las diferentes instituciones de la seguridad social deben integrarse en un único sistema de provisión de servicios médicos, lo cual permitiría racionalizar el uso de la capacidad instalada y establecer un único sistema de referencia y contrarreferencia;
- debe permitirse la libre elección por el hogar de su médico de familia, al cual se pagaría una prima capitada ajustada por riesgo;
- debe permitirse la reversión (parcial) de cuotas por seguros de gastos médicos mayores; y
- debe procederse a la externalización de diversos servicios de apoyo, tales como farmacias, transporte de pacientes, dietología, lavado de ropa e imagenología.

## Bibliografía

---

- Akerlof G. (1970). “The Market for “Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism”, *Quarterly Journal of Economics*.
- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial: invertir en salud*, Oxford University Press, Washington.
- Barr, Nicholas (1992). “Economic Theory and the Welfare State: a Survey and Interpretation”, *Journal of Economic Literature*, vol. XXX, junio.
- Behrman, J. y A. Deolalikar (1988). “Health and Nutrition”, en H. Chenery y T. Srinivasan (eds.), *Handbook of Economic Development*, vol. 1, North Holland, Amsterdam.
- Bloom, Erick (1995). *Health and Health Care in Mexico*, Documento de trabajo no. 49, CIDE, México.
- Becker, Gary (1993). *Human Capital*, 3ra. edición, University of Chicago Press, Chicago.
- Birdsall, Nancy (1988). “Economic Approaches to Population Growth”, en H. Chenery y T. Srinivasan (eds.), *Handbook of Economic Development*, vol. 1, North Holland, Amsterdam.
- Centro de Estudios Estratégicos para la Seguridad Social (1995). *Proyecto Aguila*, mimeo publicado, México.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (1998). *Población, salud reproductiva y pobreza*, Santiago.
- Consejo Nacional de Población (1990). Sistema de información sobre la marginación en México, México.
- Consejo Nacional de Población (1995). *Programa nacional de población: 1995-2000*, México.

- Consejo Nacional de Población (1995). "La demanda de servicios de salud en México: una estimación econométrica", Coordinador General Dr. José Gómez de León, México, septiembre.
- Cutler, David (1998, próxima publicación), "The Third Wave in Health Care Reform", *Universidad Harvard y NBER*, Cambridge (MA).
- Dávila, Enrique (1994). "Regulaciones laborales y mercado de trabajo en México", en *Regulación del mercado de trabajo en América Latina*, IESA/CINDE, Santiago.
- Dávila, Enrique (1997). "The Evolution and Reform of the Labor Market", en *Labor Markets in Latin America*, The Brookings Institution, Washington.
- Dávila, E., S. Levy y López Calva (1995). "Empleo rural y combate a la pobreza: una propuesta de política", *Economía Mexicana*, sem. 2 vol. 4 no. 2, México.
- Dávila, E. y S. Levy (1997). "Pobreza, dispersión poblacional y políticas públicas", mimeo, México.
- Enthoven, Alain & Richard Kronick (1989). "A Consumer-Choice Health Plan for the 1990s: Universal Health Insurance in a System Designed to Promote Quality and Economy", *The New England Journal of Medicine*, enero.
- Folland, Sherman *et al* (1993). *The Economics of Health Care*, Prentice Hall, New Jersey.
- Freeman, Harold (1979). *Introducción a la inferencia estadística*, Trillas, México.
- Fuchs, Victor (1986). *The Health Economy*, Harvard University Press, Cambridge (MA).
- Fundación Mexicana para la Salud (1995). *Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México*, México.
- Graig, Laurene (1993). *Health of Nations: an International Perspective on U.S. Health Care Reform*, Congressional Quarterly Inc., Washington.
- Hernández, Patricia *et al* (1997). "Las cuentas nacionales de salud", *Observatorio de la salud: necesidades, servicios y políticas*, Julio Frenk (ed.), FUNSALUD, México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (1995). *Memorias estadísticas: 1944-1992*, México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (1995). *Diagnóstico IMSS*, México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1990). *Censo General de Población y Vivienda*, Aguascalientes-México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1993). *Encuesta de opinión sobre los servicios de salud*, Aguascalientes-México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1994 y 1996). *Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares*, Aguascalientes-México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1995). *Conteo de Población y Vivienda*, Aguascalientes-México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1995). *Sistema Nacional de Salud: Boletín de Información Estadística*, no. 15 vol. 1, Aguascalientes-México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1996). *Encuesta Nacional de Empleo*, Aguascalientes-México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1996). *Encuesta Nacional de Empleo Urbano*, Aguascalientes-México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1996). *Sistema de Cuentas Nacionales*, México.
- Levy, Santiago (1994). "La pobreza en México", en Félix Vélez (ed.), *La pobreza en México*, FCE, México.
- Lipton, M. (1988). "The Poor and the Poorest: some Interim Findings", Discussion Paper no. 25, *Banco Mundial*, Washington.

- Maloney, William (1996). "Dualism and the Unprotected or Informal Labor Market in Mexico: a Dynamic Approach", Working paper 96-0102, *University of Illinois*.
- Mas-Colell, Andreu Michael D. Whinston and Jerry R. Green (1995). *Microeconomic Theory*. Oxford University Press, New York.
- Matamoros, Miriam (1998). *El ingreso completo y su distribución en México, 1994*, Tesis ITAM, México.
- Nava, Angélica (1999). *Ingreso del hogar y mínimo de bienestar educativo: un análisis empírico*, Tesis ITAM, México.
- Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (1993). *OECD Health Systems*, vols. 1 y 2, París.
- Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (1998). *Estudios Económicos. Reforma del sistema de salud en México*, capítulo especial, París.
- Poder Ejecutivo Federal (1995). *Programa de reforma del sector salud 1995-2000*, México.
- Poder Ejecutivo Federal (1995, 1996 y 1997), *Informe de gobierno*, México.
- Poder Ejecutivo Federal (1997, 1998 y 1999). *Presupuesto de Egresos de la Federación*, México.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (1994). *Informe de desarrollo humano*, Nueva York.
- Rejda, George (1994). *Social Insurance and Economic Security*, 5.a edición, Prentice Hall.
- Rothchild. M. y J. Stiglitz (1996). "Equilibrium in Competitive Insurance Markets: an Essay on The Economics of Imperfect Information", *Quarterly Journal of Economics*, 90(4), noviembre.
- Schultz, T. (1984). "Studying the Impact of Household Economic and Community Variables on Child Mortality", suplemento de *Population and Development Review*.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Subsecretaría de Egresos. Algunos Aspectos del Gasto Público en México, Octubre 1998.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Subsecretaría de Egresos. Exposición de Motivos del Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación, 1997 y 1998. México.
- Secretaría de Salud (1994). *Cobertura de los servicios de salud: el reto de la equidad*, Cuadernos de Salud, México.
- Secretaría de Salud (1994), *Encuesta Nacional de Salud II*, México.
- Secretaría de Salud (1997). *Sistema Nacional de Salud. Recursos y servicios por municipio e institución*, México.
- Sen, Amartya (1988). *Poverty and Famines*, 3ra. edición, Oxford University Press, Oxford.
- Strauss, J. y D. Thomas (1994). "Human Resources: Empirical Modeling of Household and Family Decisions", T. Srinivasan y J. Berhman (eds.), *Handbook of Economic Development*, vol. 3, North Holland, Amsterdam.
- Streeten, P. (1989). "Poverty: Concepts and Measurement", Discussion Paper no. 6, Universidad de Boston e Instituto para el Desarrollo Económico del *Banco Mundial*, Washington.
- Yáñez, Carolina (1998). *Pobreza y características de la vivienda: un análisis empírico*, Tesis ITAM, México.



NACIONES UNIDAS



Serie

financiamiento del desarrollo

## Números publicados

- 1 Regulación y supervisión de la banca en la experiencia de liberalización financiera en Chile (1974-1988), Günther Held y Raquel Szalachman (LC/L.522), 1989.
- 2 Ahorro e inversión bajo restricción externa y focal. El caso de Chile 1982-1987, Nicolás Eyzaguirre (LC/L.526), 1989.
- 3 Los determinantes del ahorro en México, Ariel Buira (LC/L.549), 1990.
- 4 Ahorro y sistemas financieros: experiencia de América Latina. Resumen y conclusiones, Seminario (LC/L.553), 1990.
- 5 La cooperación regional en los campos financiero y monetario, L. Felipe Jiménez (LC/L.603), 1990.
- 6 Regulación del sistema financiero y reforma del sistema de pensiones: experiencias de América Latina, Seminario (LC/L.609), 1991.
- 7 El Leasing como instrumento para facilitar el financiamiento de la inversión en la pequeña y mediana empresa de América Latina, José Antonio Rojas (LC/L.652), 1991.
- 8 Regulación y supervisión de la banca e instituciones financieras, Seminario (LC/L.655), 1991.
- 9 Sistemas de pensiones de América Latina. Diagnóstico y alternativas de reforma, Seminario (LC/L.656), 1991.
- 10 ¿Existe aún una crisis de deuda Latinoamericana?, Stephany Griffith-Jones (LC/L.664), 1991.
- 11 La influencia de las variables financieras sobre las exportaciones bajo un régimen de racionamiento de crédito: una aproximación teórica y su aplicación al caso chileno, Solange Bernstein y Jaime Campos (LC/L.721), 1992.
- 12 Las monedas comunes y la creación de liquidez regional, L. Felipe Jiménez y Raquel Szalachman (LC/L.724), 1992.
- 13 Análisis estadístico de los determinantes del ahorro en países de América Latina. Recomendaciones de política, Andras Uthoff (LC/L.755), 1993.
- 14 Regulación, supervisión y desarrollo del mercado de valores, Hugo Lavados y María Victoria Castillo (LC/L.768), 1993.
- 15 Empresas de menor tamaño relativo: algunas características del caso brasileño, César Manoel de Medeiros (LC/L.833), 1994.
- 16 El acceso de las pequeñas y medianas empresas al financiamiento y el programa nacional de apoyo a la PYME del Gobierno chileno: balance preliminar de una experiencia, Enrique Román González y José Antonio Rojas Bustos (LC/L.834), 1994.
- 17 La experiencia en el financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica, A.R. Camacho (LC/L.835), 1994.
- 18 Acceso a los mercados internacionales de capital y desarrollo de instrumentos financieros: el caso de México, Efraín Caro Razú (LC/L.843), 1994.
- 19 Fondos de pensiones y desarrollo del mercado de capitales en Chile: 1980 - 1993, Patricio Arrau Pons (LC/L.839), 1994.
- 20 Situación y perspectivas de desarrollo del mercado de valores del Ecuador, Edison Ortíz-Durán (LC/L.830), 1994.
- 21 Integración de las Bolsas de valores en Centroamérica, Edgar Balsells (LC/L.856), 1994.

- 22 La reanudación de las corrientes privadas de capital hacia América Latina: el papel de los inversionistas norteamericanos, Roy Culpeper (LC/L.853), 1994.
- 23 Movimientos de capitales, estrategia exportadora y estabilidad macroeconómica en Chile, Manuel Agosin y Ricardo Ffrench-Davis (LC/L.854), 1994.
- 24 Corrientes de fondos privados europeos hacia América Latina: hechos y planteamientos, Stephany Griffith-Jones (LC/L.855), 1994.
- 25 El movimiento de capitales en la Argentina, José María Fanelli y José Luis Machinea (LC/L.857), 1994.
- 26 Repunte de los flujos de capital y el desarrollo: implicaciones para las políticas económicas, Robert Devlin, Ricardo Ffrench-Davis y Stephany Griffith-Jones (LC/L.859), 1994.
- 27 Flujos de capital: el caso de México, José Angel Guirría Treviño (LC/L.861), 1994.
- 28 El financiamiento Latinoamericano en los mercados de capital de Japón, Punam Chuhan y Kwang W. Ju (LC/L.862), 1994.
- 29 Reforma a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe, Andras Uthoff (LC/L.879), 1995.
- 30 Acumulación de reservas internacionales: sus causas efectos en el caso de Colombia, Roberto Steiner y Andrés Escobar (LC/L.901), 1995.
- 31 Financiamiento de las unidades económicas de pequeña escala en Ecuador, José Lanusse, Roberto Hidalgo y Soledad Córdova (LC/L.903), 1995.
- 32 Acceso de la pequeña y microempresa al sistema financiero en Bolivia: situación actual y perspectivas, Roberto Casanovas y Jorge Mc Lean (LC/L.907), 1995.
- 33 Private international capital flows to Brazil, Dionisio Dias Carneiro y Marcio G.P. Gracia (LC/L.909), 1995.
- 34 Políticas de financiamiento de las empresas de menor tamaño: experiencias recientes en América Latina, Günther Held (LC/L.911), 1995.
- 35 Flujos financieros internacionales privados de capital a Costa Rica, Juan Rafael Vargas (LC/L.914), 1995.
- 36 Distribución del ingreso, asignación de recursos y shocks macroeconómicos. Un modelo de equilibrio general computado para la Argentina en 1993, Omar Chisari y Carlos Romero (LC/L.940), 1996.
- 37 Operación de conglomerados financieros en Chile: una propuesta, Cristián Larraín (LC/L.949), 1996.
- 38 Efectos de los shocks macroeconómicos y de las políticas de ajuste sobre la distribución del ingreso en Colombia, Eduardo Lora y Cristina Fernández (LC/L.965), 1996.
- 39 Nota sobre el aumento del ahorro nacional en Chile, 1980-1994, Patricio Arrau Pons (LC/L.984), 1996.
- 40 Flujos de capital externo en América Latina y el Caribe: experiencias y políticas en los noventa, Günther Held y Raquel Szalachman (LC/L.1002), 1997.
- 41 Surgimiento y desarrollo de los grupos financieros en México, Angel Palomino Hasbach (LC/L.1003), 1997.
- 42 Costa Rica: una revisión de las políticas de vivienda aplicadas a partir de 1986, Miguel Gutiérrez Saxe y Ana Jimena Vargas Cullel (LC/L.1004), 1997.
- 43 Choques, respostas de politica economica e distribucao de renda no Brasil, André Urani, Ajax Moreira y Luis Daniel Willcox (LC/L.1005), 1997.
- 44 Distribución del ingreso, shocks y políticas macroeconómicas, L. Felipe Jiménez (LC/L.1006), 1997.
- 45 Pension Reforms in Central and Eastern Europe: Necessity, approaches and open questions, Robert Hollzmann (LC/L.1007), 1997.
- 46 Financiamiento de la vivienda de estratos de ingresos medios y bajos: la experiencia chilena, Sergio Almarza Alamos (LC/L.1008), 1997.
- 47 La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada, Mauricio Restrepo Trujillo (LC/L.1009), 1997.
- 48 On Economic Benefits and Fiscal Requirements of Moving from Unfunded to Funded Pensions, Robert Hollzmann (LC/L.1012), 1997.
- 49 Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno, Osvaldo Larrañaga (LC/L.1030), 1997.
- 50 La competencia manejada y reformas para el sector salud de Chile, Cristián Aedo (LC/L.1031), 1997.
- 51 Mecanismos de pago/contratación del régimen contributivo dentro del marco de seguridad social en Colombia, Beatriz Plaza (LC/L.1032), 1997.
- 52 A Comparative study of Health Care Policy in United States and Canada: What Policymakers in Latin America Might and Might Not Learn From Their Neighbors to the North, Joseph White (LC/L.1033), 1997.
- 53 Reforma al sector salud en Argentina, Roberto Tafani (LC/L.1035), 1997.
- 54 Hacia una mayor equidad en la salud: el caso de Chile, Uri Wainer (LC/L.1036), 1997.

- 55 El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia, Luis Gonzalo Morales (LC/L.1037), 1997.
- 56 Las instituciones de salud previsual (ISAPRES) en Chile, Ricardo Bitrán y Francisco Xavier Almarza (LC/L.1038), 1997.
- 57 Gasto y financiamiento en salud en Argentina, María Cristina V. de Flood (LC/L.1040), 1997.
- 58 Mujer y salud, María Cristina V. de Flood (LC/L.1041), 1997.
- 59 Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina, Hugo E. Arce (LC/L.1042), 1997.
- 60 Reformas al financiamiento del sistema de salud en Argentina, Silvia Montoya (LC/L.1043), 1997.
- 61 Logros y desafíos de la financiación a la vivienda para los grupos de ingresos medios y bajos en Colombia, Instituto Colombiano de Ahorro y Vivienda (LC/L.1039), 1997.
- 62 Acesso ao financiamento para moradia pelos extratos de média e baixa renda. A experiência brasileira recente, José Pereira Goncalves (LC/L.1044), 1997.
- 63 Acceso a la vivienda y subsidios directos a la demanda: análisis y lecciones de las experiencias latinoamericanas, Gerardo Gonzáles Arrieta (LC/L.1045), 1997.
- 64 Crisis financiera y regulación de multibancos en Venezuela, Leopoldo Yáñez (LC/L.1046), 1997.
- 65 Reforma al sistema financiero y regulación de conglomerados financieros en Argentina, Carlos Rivas (LC/L.1047), 1997.
- 66 Regulación y supervisión de conglomerados financieros en Colombia, Luis Alberto Zuleta Jaramillo (LC/L.1049), 1997. [www](#)
- 67 Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Argentina, 1980-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1055), 1997.
- 68 Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Colombia, 1980-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1060), 1997.
- 69 Algunos factores que inciden en la distribución del ingreso en Chile, 1987-1992. Un análisis descriptivo, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1067), 1997.
- 70 Un análisis descriptivo de la distribución del ingreso en México, 1984-1992, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1068), 1997.
- 71 Un análisis descriptivo de factores que inciden en la distribución del ingreso en Brasil, 1979-1990, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1077 y Corr.1), 1997.
- 72 Rasgos estilizados de la distribución del ingreso en cinco países de América Latina y lineamientos generales para una política redistributiva, L. Felipe Jiménez y Nora Ruedi (LC/L.1084), 1997.
- 73 Perspectiva de género en la reforma de la seguridad social en salud en Colombia, Amparo Hernández Bello (LC/L.1108), 1998.
- 74 Reformas a la institucionalidad del crédito y el financiamiento a empresas de menor tamaño: La experiencia chilena con sistemas de segundo piso 1990-1998, Juan Foxley (LC/L.1156), 1998. [www](#)
- 75 El factor institucional en reformas a las políticas de crédito y financiamiento de empresas de menor tamaño: la experiencia colombiana reciente, Luis Alberto Zuleta Jaramillo (LC/L.1163), 1999. [www](#)
- 76 Un perfil del déficit de vivienda en Uruguay, 1994, Raquel Szalachman (LC/L.1165), 1999. [www](#)
- 77 El financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica: análisis del comportamiento reciente y propuestas de reforma, Francisco de Paula Gutiérrez y Rodrigo Bolaños Zamora (LC/L.1178), 1999.
- 78 El factor institucional en los resultados y desafíos de la política de vivienda de interés social en Chile, Alvaro Pérez-Iñigo González (LC/L.1194), 1999.
- 79 Un perfil del déficit de vivienda en Bolivia, 1992, Raquel Szalachman (LC/L.1200), 1999.
- 80 La política de vivienda de interés social en Colombia en los noventa, María Luisa Chiappe de Villa (LC/L.1211-P), Número de venta: S.99.II.G.10 (US\$ 10.0), 1999.
- 81 El factor institucional en reformas a la política de vivienda de interés social: la experiencia reciente de Costa Rica, *Rebeca Grynsman y Dennis Meléndez* (LC/L.1212-P), Número de venta: S.99.II.G.11 (US\$ 10.0), 1999.
- 82 O financiamento do sistema público de saúde brasileiro, *Rosa María Márques*, (LC/L.1233-P), Número de venta: S.99.II.G.14 (US\$ 10.0), 1999.
- 83 Un perfil del déficit de vivienda en Colombia, 1994, Raquel Szalachman, (LC/L.1234-P), Número de venta: S.99.II.G.15 (US\$10.0), 1999.

- 84 Políticas de crédito para empresas de menor tamaño con bancos de segundo piso: experiencias recientes en Chile, Colombia y Costa Rica, Günther Held, (LC/L.1259-P), Número de venta: S.99.II.G.34 (US\$10.0), 1999.
- 85 Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso del Perú. Gerardo Gonzales Arrieta, (LC/L.1245-P), Número de venta: S.99.II.G.29 (US\$10.0), 1999.
- 86 Políticas para la reducción de costos en los sistemas de pensiones: el caso de Chile. Jorge Mastrángelo, (LC/L.1246-P), Número de venta: S.99.II.G.36 (US\$10.0), 1999.
- 87 Price-based capital account regulations: the Colombian experience. José Antonio Ocampo and Camilo Ernesto Tovar, (LC/L.1243-P), Sales number: E.99.II.G.41 (US\$10.0), 1999.
- 88 Transitional Fiscal Costs and Demographic Factors in Shifting from Unfunded to Funded Pension in Latin America. Jorge Bravo and Andras Uthoff (LC/L.1264-P), Sales number: E.99.II.G.38 (US\$10.0), 1999.
- 89 Alternativas de política para fortalecer el ahorro de los hogares de menores ingresos: el caso de El Salvador. Francisco Angel Sorto, (LC/L.1265-P), Número de venta: S.99.II.G.46 (US\$10.0), 1999.
- 90 Liberalización, crisis y reforma del sistema bancario chileno: 1974-1999, Günther Held y Luis Felipe Jiménez, (LC/L.1271-P), Número de venta: S.99.II.G.53 (US\$10.0), 1999.
- 91 Evolución y reforma del sistema de salud en México, Enrique Dávila y Maite Guijarro, (LC/L.1314-P), Número de venta: S.00.II.G.7 (US\$10.0), 2000.

### Otras publicaciones de la CEPAL relacionadas con este número

Hacia unas nuevas reglas del juego: Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica desde una perspectiva comparativa (LC/L.1135), 1998. Serie Políticas Sociales N° 27.

Las reformas sociales en acción: salud (LC/L.997), 1996. Serie Políticas Sociales N° 16.

Reformas en la gestión de la salud pública en Chile (LC/L.933), 1996. Serie Políticas Sociales N° 13.

Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos (LC/L.927), 1995. Serie Políticas Sociales N° 12.

Cobertura, eficiencia y equidad en el área salud en América Latina (LC/L.864), 1994. Serie Políticas Sociales N° 5.

- 
- El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Financiamiento de la División de Comercio Internacional y Financiamiento para el Desarrollo, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile. No todos los títulos están disponibles.
  - Los títulos a la venta deben ser solicitados a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, [publications@eclac.cl](mailto:publications@eclac.cl).
  - **www:** Disponible también en Internet: <http://www.eclac.cl>

Nombre: .....
Actividad: .....
Dirección: .....
Código postal, ciudad, país: .....
Tel.: ..... Fax: ..... E.mail: .....