



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Mayer-Serra, Carlos Elizondo
El derecho a la protección de la salud
Salud Pública de México, vol. 49, núm. 2, marzo-abril, 2007, pp. 144-155
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10649209>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

El derecho a la protección de la salud

Carlos Elizondo Mayer-Serra, Dr en C Pol.⁽¹⁾

Elizondo Mayer-Serra C.
El derecho a la protección de la salud.
Salud Publica Mex 2007;49:144-155.

Resumen

Este artículo tiene como objetivo analizar cómo debe distribuirse el bien salud, o el derecho a la protección a la salud, partiendo de la definición que establece la legislación mexicana. Se mostrará el contraste entre la definición constitucional y la forma en que se ha distribuido y financiado, en la práctica, el gasto en salud, así como sus implicaciones. A continuación se realizará una comparación con otro bien social de gran relevancia, la educación, mismo que consume una proporción de los recursos fiscales nacionales aun mayor que el bien salud. Finalmente, el artículo propone una posible explicación a este hecho y esboza algunas ideas sobre sus implicaciones.

Palabras clave: gasto; financiamiento; derecho; salud; México

Elizondo Mayer-Serra C.
The right to have health protection.
Salud Publica Mex 2007;49:144-155.

Abstract

This article intends to analyze how the health good or the right to have health protection should be distributed, following the definition established by the Mexican Constitution. This legal definition will be contrasted with the way in which the expenditure on health is actually distributed and financed, and the implications of this. The distribution of this expenditure, in turn, will be compared to another social good of great relevance: education, which consumes an even larger proportion of the national fiscal resources. Finally, the article will suggest a possible explanation for this fact and provide some ideas regarding its implications.

Key words: expenditure; financing; law; health; Mexico

Michael Walzer, en su libro *Spheres of Justice*,¹ analiza las reglas de distribución de los distintos bienes sociales, es decir, lo que tiene valor para los individuos en una sociedad, para tratar de entender cuándo ésta se puede considerar justa y cuándo no. Walzer critica, en primera instancia, la ilusión socialista de la

igualdad a la Marx, o sea, el que ésta se pueda alcanzar en todos los ámbitos, en todos los bienes sociales. Para Walzer esto no sólo es impracticable, sino indeseable. Sin embargo, también se opone a la visión ultraliberal de Nozick, para quien la justicia sólo es alcanzable dentro de un Estado mínimo que no interfiere en la vida

Este ensayo es una versión más amplia de una ponencia presentada en el seminario "Retos para la salud y el desarrollo de México. Una perspectiva internacional", conferencia magistral en el seminario *La Salud de los mexicanos en el siglo XX: un futuro con responsabilidad de todos*, Ciudad de México, 13 y 14 de junio de 2005. La versión estenográfica de la misma apareció en: Elizondo C. Retos para la salud y el desarrollo de México. Una perspectiva internacional.

(1) Centro de Investigación y Docencia Económicas, AC, México.

Fecha de recibido: 14 de julio de 2006 • Fecha de aprobado: 6 de diciembre de 2006

Solicitud de sobretiros: Dr. Carlos Elizondo Mayer-Serra. División de Estudios Políticos. Centro de Investigación y Docencia Económicas, AC. Carretera México-Toluca 3655, col. Lomas de Santa Fe. 01210 México, DF.
Correo electrónico: carlos.elizondo@cide.edu

de los individuos. Según Nozick, el individuo debe resolver sus asuntos con sus propios medios, intercambiando en el mercado los distintos bienes sociales, mismos que, se asume, serán suficientes si el Estado no interviene.

Walzer propone una teoría muy sugerente a la mitad del camino entre ambas.¹ Cada bien social, tal como libertad, educación, esparcimiento, seguridad, salud; o cada responsabilidad social, como pagar impuestos o ir a la guerra, es ponderado en cada sociedad a través de una regla implícita de distribución considerada como justa. Existe justicia cuando esa regla se respeta, es decir, cuando cada bien se distribuye con los criterios que son aceptados por la sociedad. Una sociedad es injusta cuando la regla que domina la distribución de un bien dentro de una esfera invade otra. Para Walzer no puede haber justicia si un bien social, el dinero, determina la distribución del resto de los bienes sociales. El modelo imaginado por Walzer, de esferas con distintos criterios distributivos, que son aceptados por la sociedad y relativamente aislados unos de otros, da pie a estas distintas *esferas de justicia*, como se asienta en el título de su libro.

En este artículo se analiza cómo se ha definido en el marco constitucional mexicano la forma en la que debe distribuirse el bien salud, o el derecho a la protección a la salud.* En la siguiente sección se verá cómo se ha distribuido este bien en la práctica, cómo se ha financiado y con qué implicaciones. Se harán algunas comparaciones con otro bien social muy importante, la educación, por ser éste también muy relevante socialmente y por consumir una gran proporción de los recursos fiscales, aun más que la salud. Posteriormente, se señalarán algunas posibles explicaciones a este hecho, así como algunas de sus implicaciones.

El marco de referencia son las ideas de justicia de Walzer. Cada sociedad tiene reglas distintas para determinar cómo distribuir sus diferentes bienes. Un par de ejemplos del libro de Walzer puede servir para ilustrar este hecho. En el siglo XIX, en Estados Unidos se concebía como justo el que el servicio militar pudiera

ser evitado por quienes podían pagar una exención. No era un delito. Era incluso una práctica aceptada socialmente. Para el siglo XX esta práctica había cambiado. Se consideraba injusto no ceñirse a esta obligación por el hecho de tener dinero. Este último era un bien para comprar otros satisfactores, como vivienda o esparcimiento, pero no debía invadir la esfera de la responsabilidad de cada individuo respecto a la defensa del país. Durante la guerra de Vietnam, en principio, los hombres de cierta edad estaban obligados a servir en el ejército. Como sabemos, en la práctica, algunos de quienes tenían recursos monetarios o influencia buscaban utilizarlos para evadir sus responsabilidades. No podían comprar una exención, hubiera sido ilegal, pero buscaban subterfugios dentro de la ley. Sin embargo, ese comportamiento era considerado injusto y por lo tanto procuraban ocultarlo.

La tensión entre la regla de la responsabilidad compartida y la desigualdad real de una sociedad que permitía a algunos evadir sus responsabilidades ya no es analizada por Walzer, dado que el libro fue escrito a principios de los años setenta. Esta tensión se resolvió cambiando la regla de distribución de la responsabilidad de defender la patria. Ya no hay conscripción obligatoria. Ahora se tiene un ejército de voluntarios, forma elegante de llamarle a lo que es, en realidad, un ejército de mercenarios, es decir, de individuos que optan por esa profesión y asumen el riesgo de morir a cambio de dinero. Ya no se percibe como injusto el ser eximido de esa responsabilidad por tener mayores recursos. Los que son reclutados no están obligados, como sí se está cuando hay conscripción, aunque es la falta de dinero lo que conduce al ejército. Para algunos críticos de la sociedad estadounidense es la capacidad creciente del dinero de comprarlo todo lo que la vuelve más injusta de lo que era antes, o frente a las sociedades europeas. Es decir, utilizando el criterio de distribución del modelo de Walzer, el dinero ha ido invadiendo otras esferas.

El siguiente ejemplo es más cercano al tema de este artículo. En el medioevo la salud espiritual era distribuida gratuitamente. Como era el bien más importante, no se podía dejar a la capacidad de pago de quien la requiriera, por más que un pecador con dinero pudiera alcanzar más rápido las indulgencias con un buen donativo. Todos los miembros de la comunidad (ése era el universo para el cual el bien se distribuía gratuitamente) tenían acceso a la confesión si la necesitaban. En contraste, la salud física era un asunto dejado al mercado. Se resolvía fundamentalmente a través del gasto privado, salvo el caso de algunas instituciones de beneficencia para los más desamparados. No sobra

* En el caso del derecho a la salud, tras un largo debate, no se utilizó simplemente el término derecho, como en el caso de educación, sino derecho a la protección, en la medida en que la salud no puede ser garantizada, sólo el acceso a los servicios médicos. Con todo, no son tan distintos ambos derechos, pues no basta el acceso a los servicios de educación para tener educación o una educación adecuada. Se necesita una educación de calidad y pertinente.

aclarar que la distinción entre salud espiritual y mental era muy distinta a la de nuestros días.*

En el Estado de bienestar europeo, surgido después de la segunda guerra mundial en los países desarrollados, esto se invirtió. La salud física tiene prioridad sobre la espiritual, lo que es reflejo, probablemente, de un siglo más materialista y de que la demanda de atención clínica se vuelve relevante debido a que la ciencia médica logra avances significativos en términos de efectividad.^{‡2} Todo miembro de la comunidad tiene derecho a acceder de forma gratuita a la salud física. Se vuelve un derecho universal para todo ciudadano por el simple hecho de serlo, y en algunos casos aunque no sea ciudadano, sólo por estar dentro de un país. Esto, por supuesto, contrasta con los países más pobres. El gasto de bolsillo en China e India, por ejemplo, representa más de 80% del gasto total en salud. Además, la salud mental ha ido incorporándose dentro de los tratamientos provistos por la seguridad pública más tarde en algunos países, en la medida en que se va entendiendo mejor la forma en la que los desequilibrios fisiológicos afectan la salud mental.

El derecho a la protección de la salud

En las sociedades desarrolladas contemporáneas, el derecho a los servicios de salud es, crecientemente, un bien que el ciudadano espera sea distribuido de acuerdo con la necesidad, como criterio dominante. Éste

parece ser, en la mayoría de las sociedades desarrolladas, el criterio de distribución justo, no la capacidad de pago. Se trata de un bien que algunos van a consumir más que otros, sin que en general sea por su decisión (salvo cuando se tienen comportamientos de conocido riesgo para la salud, como fumar) ni se pueda anticipar con certeza quién tendrá más necesidad de usarlo, por lo menos no todavía (el avance en la genética puede cambiar esto, con implicaciones éticas y económicas muy importantes).

En casi todos los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) existe un amplio paquete de servicios médicos otorgados a todos por el simple hecho de ser residentes legales; incluso, en algunos casos incluye a los no legales y a los turistas. En ciertos países, como Canadá, la búsqueda de igualdad en la provisión de este derecho es tan importante que, para efectos prácticos, la medicina privada está relegada al aseguramiento o prestación de intervenciones no esenciales o relativamente sencillas, es decir, no cubiertas por los planes provinciales financiados con recursos públicos.* De esta forma, los ciudadanos con dinero no tienen una mejor atención por poderla pagar, salvo si van a Estados Unidos, algo que al parecer no es frecuente.

Esta restricción no parece estar motivada por envidia. No se trata de que quienes no pueden pagar no quieran que aquéllos que sí pueden hacerlo estén mejor. La motivación radica en que al tener un doble sistema, uno público abierto a todos y uno privado sólo para quienes tienen dinero, el privado atrae los mejores recursos humanos y materiales del sistema de salud. Además, dado que quienes pueden pagar suelen tener más influencia, al tener la opción del servicio privado, se suelen descuidar los servicios públicos.

El derecho a la protección a la salud en la legislación mexicana

Nuestra Constitución no es la excepción en definir la protección de la salud como un derecho, aunque se hizo de forma tardía. En la Constitución de 1917 se había entendido originalmente la idea de protección a la salud asociada con las prestaciones de seguridad social de la clase trabajadora, es decir, no como derecho para todos los mexicanos, sino sólo para los trabajadores y su familia. Ésta es la lógica que anima la redacción de la fracción XXIX del apartado A del artículo 123 en el

* La teoría de Walzer es muy sugerente, aunque enfrenta algunos problemas serios. No es fácil determinar cuál es la regla de justicia implícita en cada bien. No suele haber un acuerdo social evidente y la deducción que hace un investigador sobre la misma puede ser equivocada, reflejo de sus propias preferencias. De igual manera, no explica por qué y cómo estas reglas pueden cambiar. Tampoco hay un método claro para saber si hubo o no cambio de las reglas sociales de distribución, no hay forma objetiva de medirlo. Además, si una sola regla domina todos los bienes sociales, por más que ésta fuera socialmente legítima, como probablemente lo es el dominio del dinero en muchos bienes sociales en Estados Unidos, pierde sentido la teoría. Si el dinero fuera considerado como el mecanismo justo para distribuirlo todo; amor, prestigio, libertad, difícilmente podría ser considerada como justa, pero si la sociedad así lo viera, no habría un criterio externo para criticar tal concentración de beneficios en quienes tuvieran dinero. Este es un problema común a todas las teorías de la justicia que parten de interpretar lo que las comunidades hacen y no de principios más abstractos que pueden ser deducidos, a partir de ciertos axiomas evidentes, sin referencia a las preferencias de una comunidad.

‡ Inicio de la bacteriología y farmacología moderna en la década de los veinte (antibióticos-penicilina y sulfatos). Introducción de la anestesia y asepsia en quirófanos hasta finales del siglo XIX. Técnicas modernas para la cirugía generalizada (más allá de las heridas).

* Algunas provincias están buscando ampliar el espacio a la medicina privada.

Título Sexto: “Del trabajo y la previsión social”, así como la promulgación de la Ley del Seguro Social (LSS) en 1943.

Fue hasta 1983 cuando al concepto de previsión social en salud del art. 123 se adicionó el concepto “Protección de la salud” en el art. 4 constitucional. Este cambio fue parte de las reformas al iniciar el sexenio de Miguel de la Madrid Hurtado. El párrafo adicionado al artículo 4 estipula: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud...”

A diferencia del derecho a la educación, que tiene un artículo dedicado exclusivamente al tema, el derecho a la protección de la salud se encuentra dentro del artículo 4 de la Constitución, donde también se define el derecho de los mexicanos a trabajar en la profesión que les interese, siempre y cuando sea lícita. En el mismo artículo se había incorporado anteriormente la igualdad jurídica entre hombres y mujeres, la libertad de escoger el número y tipo de esparcimiento de los hijos, así como la obligación paterna de cuidar a los hijos. Se irían agregando después el derecho a la vivienda, a un medio ambiente limpio y los derechos de la niñez.

El derecho a la protección de la salud no está definido con la claridad ni otorgado con la calidad de universal y obligatorio de que goza el derecho a la educación. Es en la Ley General de Salud de 1984 donde se explican con cuidado las modalidades del acceso a la protección que tienen los individuos, aunque, al igual que todos los derechos sociales en México, nunca se excluye la capacidad, de quien lo puede pagar, de obtener un mejor servicio en el mercado. Es hasta las reformas de mayo de 2003 que se define mejor cómo proveer una protección social en salud más claramente abierta a todos, con el llamado Seguro Popular.

El objetivo de la reforma que incorporó el derecho a la protección de la salud en la Constitución era, como se asienta en el dictamen de las comisiones que estudiaron la propuesta del Ejecutivo, “dar a todos los mexicanos la garantía de recibir atención médica acorde a sus necesidades y no acorde a sus recursos”. La propuesta de reforma constitucional fue aprobada por 325 votos a favor, con una abstención y un voto en contra, aunque con algunas críticas durante el debate.

Entre ellas, la del diputado Pedro Bonilla del Partido Socialista Unificado de México (PSUM), quien les recuerda a sus compañeros que la fecha en la que discuten la reforma, mismo día en que sería aprobada, es el 28 de diciembre, día de los inocentes. En sus palabras: “y a mí se me ocurre que esta iniciativa tiene mucho de lo que los mexicanos practicamos este día, es una tomadura de pelo. Una tomadura de pelo [...] si no expresa cómo se va a instrumentar”. Con este fin

sugiere una adición: “El Estado asignará los recursos materiales y humanos necesarios para hacer efectivo este derecho”, porque de lo contrario, dice Bonilla, “yo podría venir a esta tribuna a iniciar un proyecto de ley que declarara el derecho de los mexicanos a ser felices”. Si bien la reforma habla de derecho a la protección de la salud, Bonilla tiene razón al insistir en que, sin los recursos materiales y humanos adecuados, ese derecho a la protección es solamente una buena intención.

Definir derechos no los garantiza. El simple hecho de asignar por ley recursos tampoco los genera; no resuelve por sí mismo el problema, como a veces se piensa. Se trata de una ficción más, también propia del día de los inocentes. La Constitución está llena de buenos deseos. Ahora, incluso se ha puesto de moda incorporar en ley cuánto porcentaje del producto interno bruto (PIB), como objetivo de política de gasto, se debe emplear para cumplir con el deseo en cuestión, como es el caso de la educación. Esto no recauda, pero sirve de forma efectiva para la disputa política en la lucha por los recursos presupuestales, por definición limitados. Estos recursos adicionales, además, no están claramente sujetos a mejoras concretas en la provisión de esos derechos. Legislar derechos conjuntamente con recursos debería, en principio, promover reformas fiscales que financien los nuevos derechos, más que promover argumentos para cabildear una mejor tajada de un presupuesto fijo, pero éste no es nuestro caso. Todo aumento presupuestal debiera también estar asociado con una mejor y/o más amplia provisión del servicio público en cuestión.

El ejercicio presupuestal del derecho a la protección

La retórica de los derechos nos dice poco de las reglas existentes de distribución de un bien, que en este caso es la protección de la salud. “Amistad que no se refleja en el presupuesto no es amistad”, decían los políticos mexicanos. Derecho que no se refleja en el presupuesto no es derecho. Cuánto y cómo se gasta en su provisión nos dice cómo hemos entendido en la práctica la regla de distribución del bien salud. En lugar de ver lo que dicen las preferencias abstractas de nuestros legisladores, veamos sus preferencias reveladas, las que se plasman en pesos y centavos en el gasto público.

El método de ver los derechos en función de cuánto se gasta enfrenta una limitación importante. No dice nada sobre la calidad del servicio, sobre los tiempos de espera, el éxito de las intervenciones ni la calidad en la atención del personal médico. Para ello habría

que utilizar otro tipo de indicadores, algo que no se hace en este ensayo.

Los mexicanos gastamos en salud, como proporción de nuestra riqueza, menos que otros países de la OCDE.^{3*} Sin embargo, hay cierta correlación entre nivel de gasto y nivel de PIB per cápita. A mayor ingreso, mayor gasto proporcional en salud, por lo que estamos dentro de lo esperable considerando nuestro nivel de ingreso.⁴ Sin embargo, dado que nuestro PIB per cápita es de los más altos de América Latina, en términos comparativos nuestro gasto sí es más bajo.⁵

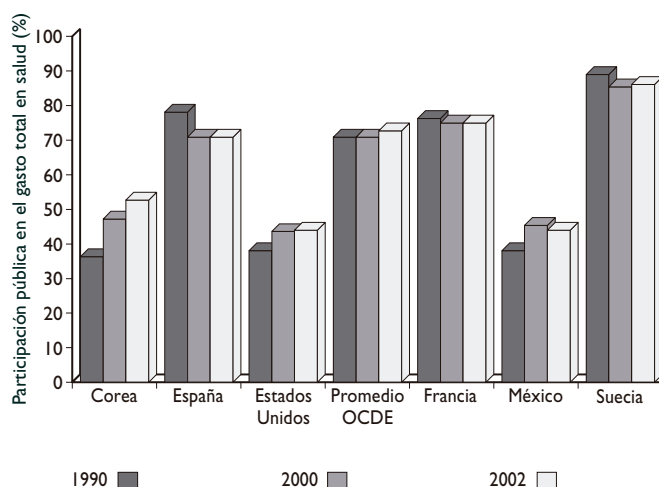
Para el caso mexicano lo que más sorprende es la proporción del gasto total en salud que es público, muy baja comparada con otros países de la OCDE (figuras 1 y 2). Además, prácticamente todo el gasto privado es simplemente de bolsillo (97%); es decir, se trata de un bien que se paga cuando se consume. El financiamiento de una parte importante de nuestro gasto en salud no tiene mucho que ver con la necesidad, como lo esperaba el legislador cuando hizo la reforma constitucional aludida, sino con la capacidad de pago en el momento mismo en que se requiere.

En la medida que la salud no es un bien cualquiera, esto puede implicar desequilibrios financieros muy importantes para las familias, como se verá más adelante. Este pago de bolsillo es, en buena medida, resultado de que más de la mitad de la población no está asegurada (cuadro I), aunque la baja calidad del servicio público es también un elemento a considerar, dado que también derechohabientes del sistema público buscan la opción privada.

Que el criterio de distribución dominante del derecho a la protección de la salud para quienes no son miembros de algún seguro (público o privado) no sea la necesidad, sino la capacidad de pago, lo vuelve una de las principales injusticias para los mexicanos pobres. Si bien todos tenemos en la Constitución el derecho a esa protección, es claro que el Estado no ha cumplido plenamente su responsabilidad, tanto por insuficiencia de recursos como por gastar lo que se tiene de forma poco eficaz y concentrada en los actores con más peso político.

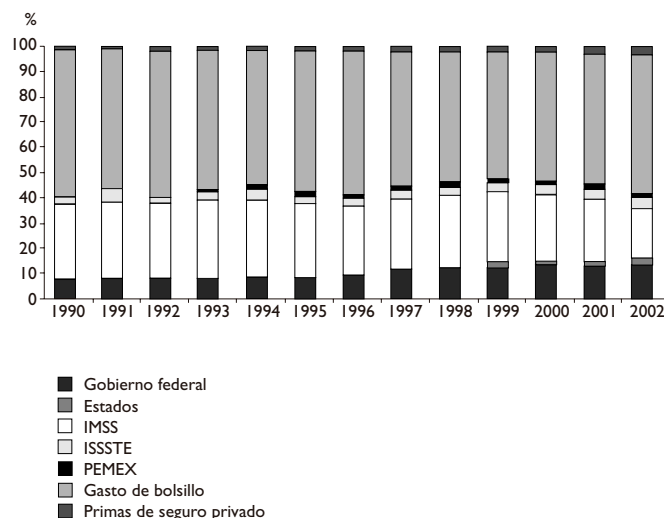
El gasto público no es progresivo; es decir, no se le otorga más a los que menos tienen. Un régimen de naturaleza supuestamente redistributiva, como era el emanado de una revolución, mantuvo un gasto público en salud regresivo que favorecía a deciles intermedios o altos. Contrasta lo regresivo del gasto en salud del ISSSTE, incluso del IMSS, con la progresividad del gasto de la Secretaría de Salud (SSA), la única institución del ramo donde la regla de distribución dominante

* Lo que sigue se basa en el reciente estudio de la OCDE sobre el sistema de salud mexicano.



Fuente: Referencia 6

FIGURA 1. FINANCIAMIENTO PÚBLICO DEL GASTO TOTAL EN SALUD. PAÍSES SELECCIONADOS DE LA OCDE



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

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

El gasto privado en 2002 incluye reembolsos.

Fuente: Referencia 7

FIGURA 2. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN SALUD EN MÉXICO POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO. (1990-2002)

es la necesidad. El gasto de la SSA es incluso más progresivo que el de educación primaria (cuadro II).

El gasto público se ha concentrado en los sectores políticamente más organizados. Éstos tenían a su favor que el derecho a la salud como parte de su paquete de previsión social fue definido desde 1917 en el artículo 123. En ese entonces, la concepción de justicia distributiva dominante consideraba que eran ellos quienes tenían ese derecho, no toda la población. Con derechos reconocidos desde antes, con mejor capacidad organizacional, con más voz y capacidad de presión, terminaron mejor cubiertos en un sistema de seguridad basado en las cuotas del trabajador y del patrón, dejando a quienes no estaban en esa condición relativamente desprotegidos.

Los conflictos en la esfera de influencia del concepto de salud, primero como previsión para el trabajador y más recientemente como un derecho para todos, se manifiestan en la competencia por recursos provenientes de impuestos generales en el presupuesto de cada año entre los servicios para derechohabientes y los servicios generales. Una gran proporción del gasto de la SSA se paga con impuestos generales, a diferencia de los servicios para los derechohabientes, donde

éstos sólo cubren una parte, aunque creciente, dado que las pensiones no están bien reservadas, como se verá más adelante. El gasto de la SSA, a diferencia del vinculado con la situación laboral, está en principio abierto a todos, con cierta contribución del usuario que depende de su situación socioeconómica. Más allá de la calidad del servicio, en la práctica, el acceso al bien salud depende de la cobertura que existe y ésta ha estado limitada por las carencias presupuestales del sector, lo cual ha llevado a que una proporción alta de la población no tenga cobertura adecuada. Ello ha hecho de nuestro derecho a la salud una promesa para muchos de quienes viven en la pobreza y más lo necesitan.

La gran virtud del Seguro Popular es dotar de un paquete básico a ciudadanos que no son derechohabientes. El paquete de enfermedades que cubre este seguro no es ilimitado, aunque abarca cerca de 90% de las causas de atención, tanto hospitalaria como ambulatoria, disponibles en las instituciones públicas de segundo nivel. Si bien aún no llega a todos los que lo necesitan, se espera que la población cubierta sea el 100% en 2010. En ese sentido, no es estrictamente un seguro pagado con las primas de todos para beneficio de quienes se enfermen. Está fuertemente subsidiado

Cuadro I
MEXICANOS CON SEGURO DE SALUD

	<i>Derechohabiente/no derechohabiente</i>	<i>Población legal</i>	<i>Usuarios</i>
IMSS	40 930 315	46 198 689	31 741 283
ISSSTE	9 128 551	10 303 539	6 962 864
Población asegurada (Seguridad Social)	52 532 867	59 294 671	41 264 072
% del total	51%	57%	50.7%
Población no asegurada	50 507 097	44 815 817	40 110 703
% del total	49%	43%	49.3%

Notas: Sólo se dispone de un cálculo general para el número de "derechohabientes" que no está desglosado por institución. Los datos de coberturas del IMSS y del ISSSTE se calcularon de la siguiente manera: i) cada institución proporcionó datos sobre la "población legal" que cubre (incluye a personas que pagan contribuciones y una estimación del número de sus dependientes); ii) se derivó la proporción de cada institución en el total de "población legal" asegurada; iii) se aplicó esta proporción a la estimación general de la población "derechohabiente".

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

Nota: Las cifras absolutas se refieren al número de observaciones

Fuente: Referencia 8

Cuadro II
DISTRIBUCIÓN DEL GASTO SOCIAL: ALGUNOS PROGRAMAS (2002)

Concepto	Gasto		Coeficiente de concentración	Distribución por deciles poblacionales ordenados por ingreso autónomo (antes de transferencias monetarias) per cápita									
	Millones 2002	%		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Total	547,379	100	0.001	10.7%	9.6%	9.8%	9.5%	9.9%	9.8%	10.5%	10.0%	10.9%	9.3%
Total amplios	503,936	92.1	0.027	9.3%	9.0%	9.6%	9.4%	10.2%	10.2%	11.0%	10.5%	11.3%	9.4%
Educación	298,404	54.5	-0.025	10.7%	10.2%	10.1%	9.9%	10.8%	9.8%	10.8%	9.4%	10.3%	8.0%
Primaria	103,752	19.0	-0.245	16.7%	15.3%	13.9%	11.9%	9.6%	9.9%	8.2%	6.6%	5.2%	2.6%
Superior	60,051	11.0	0.398	0.7%	1.9%	2.9%	4.3%	12.4%	9.2%	12.3%	13.9%	19.1%	23.2%
Salud	155,946	28.5	0.041	8.8%	8.3%	10.1%	9.4%	9.3%	10.8%	10.9%	11.6%	11.3%	9.4%
SSA	55,435	10.1	-0.293	18.4%	16.1%	15.6%	12.3%	8.7%	9.7%	6.8%	5.4%	5.2%	1.7%
IMSS	79,737	14.6	0.193	3.8%	4.3%	8.0%	8.3%	10.1%	11.6%	12.6%	15.1%	14.2%	12.0%
ISSSTE	15,101	2.8	0.429	0.3%	1.1%	1.6%	4.9%	8.6%	9.0%	15.5%	19.9%	17.6%	21.4%
PEMEX	5,672	1.0	0.127	6.1%	7.6%	8.0%	9.6%	5.8%	15.6%	15.5%	2.1%	14.7%	14.9%
Total dirigidos	43,442	7.9	-0.299	27.3%	16.6%	11.4%	9.7%	6.4%	5.6%	4.8%	3.9%	6.2%	8.0%
Oportunidades	16,105	2.9	-0.626	41.5%	24.0%	12.7%	10.9%	4.7%	3.0%	1.7%	0.7%	0.6%	0.1%

Fuente: Referencia 9

con recursos públicos y hay cierto riesgo de selección adversa entre quienes se inscriben. Sin embargo, contribuye a resolver un problema mayúsculo que es inadmisibles: la desprotección de los más pobres (figura 3). No es únicamente que los pobres tengan más dificultades cuando se enfrentan a un problema de salud, sino que además muchos terminan pobres por no poder enfrentar un problema de salud, no sólo por lo que cuesta, sino porque dejan de trabajar y por lo tanto se vuelven menos productivos, algo que no cubre el Seguro Popular.

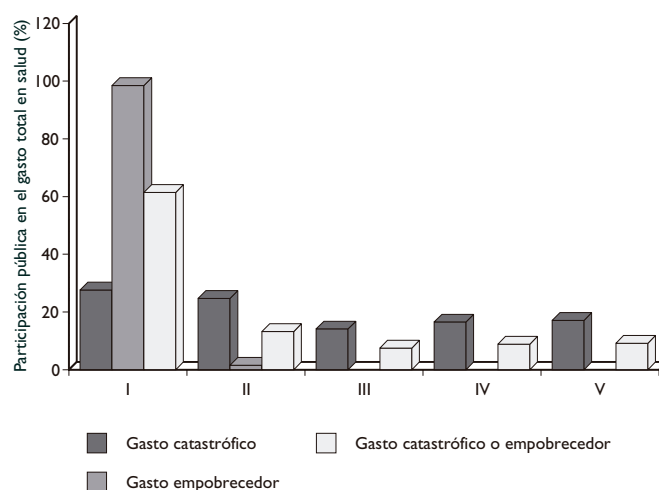
Esta vinculación entre enfermedad y pobreza tiende a dificultar la salida de esta última a quienes la padecen, como se verá más adelante. Cabe resaltar, por el momento, que esa baja cobertura ha llevado a niveles inadmisibles de mortalidad infantil y materna, muy por arriba de lo esperado para el nivel nacional de ingreso. Inadmisibles no sólo por razones morales, sino por el impacto en el desarrollo de esos niños que se quedan sin madre. Si bien la mortalidad materna es un indicador dramático de muertes evitables, su peso en la salud infantil es menos importante dada su baja incidencia. Mucho más importante en el desarrollo in-

fantil (educativo y después económico) es el impacto de la baja salud/nutrición infantil en su potencial.

Un sistema en tensión

Al contrario del gasto de la SSA, el del resto de los servicios de salud se financia en mayor medida con una cuota obligatoria de los trabajadores y los empresarios (la distinción en la práctica es irrelevante, pues ambas terminan como un impuesto a la nómina que ha incentivado la informalidad o la elusión). Sin embargo, no se financia completamente con esas cuotas. Casi la mitad del gasto en servicios de salud para los derechohabientes se logra por medio de impuestos generales. Sólo considerando el gasto del IMSS, esta parte es equivalente al gasto completo de la SSA.

El conflicto de diseño desde 1943 entre el modelo asistencial y el modelo de la seguridad social se acentúa en dos reformas con importantes consecuencias presupuestales: la reforma a la LSS de 1995, donde la aportación estatal (los impuestos de todos) al Seguro de Enfermedades y Maternidad pasa de 5% a casi una tercera parte, y la reforma a la Ley General de Salud



Notas: Se puede profundizar en los conceptos de gasto catastrófico y gasto empobrecedor en los siguientes documentos:

World Health Organization. The World Health Report 2000: Health systems: improving performance WHO, 2000

Murray CJL, Knaul F, Xu K, Mugrove P, Kawabata K. Defining and measuring fairness of financial contribution. WHO. Global Programme on Evidence working paper, no. 24, 2000

Wagstaff A, Van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-98. Health Economics 2003;12: 921-934

Knaul F, Arreola H, et al. Gasto empobrecedor y catastrófico en salud: innovaciones en la medición. Funsalud. Documento de trabajo 5, 2004

Fuente: Estimaciones Funsalud con base en datos de la ENIGH, 2000

FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR QUINTIL DE GASTO PER CÁPITA EN MÉXICO, 2000

donde se cuantifican las aportaciones al Sistema de Protección Social en Salud –Seguro Popular (equiparables en parte a la LSS)–. Los dos modelos también compiten en su visión respecto a las siguientes cuestiones: el federalismo en la salud, los efectos del financiamiento de los servicios de salud en la eficiencia de los mercados laborales y la competitividad de la industria, y las sinergias en la provisión y financiamiento de la protección en salud y otras formas de protección social (pensiones, guarderías, riesgos de trabajo, prestaciones en dinero por enfermedad general, etcétera).

Sin embargo la tensión mayor en el diseño por el que optamos se refiere al tema de las pensiones. Se optó por que las dos instituciones más importantes responsables de otorgar salud a la población asegurada, el IMSS y el ISSSTE, se hicieran responsables también de otros servicios, de los cuales el más oneroso son las pensiones. El gasto en este último rubro, no debidamente reservado, ha implicado utilizar recursos fiscales crecientes para pensionar a los trabajadores, así como deteriorar el servicio médico de ambas instituciones.

El caso más dramático es el del ISSSTE^{*10} y el de las empresas públicas, como CFE, Pemex y LyFC. En cambio, el de los derechohabientes del IMSS, si bien cuesta al fisco por el momento, quedó contenido gracias a las reformas de 1997, siempre y cuando los trabajadores acumulen, llegado el momento, más que la pensión mínima garantizada por el gobierno (algo que puede no suceder, dado que una gran proporción cotiza de forma muy irregular); sin embargo, no se puede decir lo mismo del problema de las pensiones de su sindicato, que no quedó arreglado. Sin reformas en la materia, este gasto no sólo comprometerá seriamente las finanzas del IMSS y del ISSSTE, haciendo imposible la cobertura del servicio médico al que tienen derecho sus miembros, sino las propias finanzas públicas.

A pesar de las transferencias fiscales que reciben tanto el ISSSTE como el IMSS (de los 147.6 mil millones que conformaron el ramo 19 en 2005, casi 70% se dirigió a cubrir pensiones y jubilaciones),¹¹ ambas instituciones han visto comprometida su capacidad de enfrentar las necesidades médicas de sus agremiados por tener que cubrir las pensiones de todos los afiliados, en el caso del ISSSTE, y de los miembros del sindi-

cato, en el caso del IMSS. La distribución de este costo, la forma en que compiten derecho y derechohabientes, varía en ambos sistemas.

En el ISSSTE, el derecho a la pensión es para personas en edad de retiro dentro del mismo universo de quienes tienen derecho a los servicios médicos, aunque quienes requieren estos últimos son castigados con la cobertura y calidad de su servicio. El grupo, en términos generales, es el mismo: los derechohabientes del ISSSTE, pero el derecho a la pensión, al estar bien definido en pesos y centavos y ser para todos aquellos que cumplen ciertas características en años trabajados y edad, suele ser defendido por quienes lo gozan con mucha mayor vehemencia que el derecho a la salud, el cual se va degradando poco a poco y es de interés inmediato sólo para un pequeño grupo disperso y heterogéneo que, cuando lo necesita de verdad, está enfermo y, por tanto, debilitado.* Si bien el incentivo para la reforma del sistema de pensiones del ISSSTE tiende a ser mayor que en el IMSS (pues, en el extremo, los propios pensionados se quedan sin acceso a los servicios de salud del instituto, ante la bien fundada expectativa de que el fisco siga pagando los recursos que se necesitan para fondar las pensiones), se ha sostenido una situación injusta en ambos casos para quienes requieren los servicios de salud y para los causantes en general, e impagable a la larga.

En el IMSS el problema es comparativamente menor, dado que la pensión es para un grupo selecto –los trabajadores del IMSS–, que en principio sólo existe para cubrir las necesidades de los derechohabientes. Estos últimos son los perjudicados con servicios médicos limitados por utilizarse recursos para financiar las pensiones de los trabajadores. Cabe recordar que las pensiones para los derechohabientes se pagan con la ayuda de un subsidio fiscal que disminuirá en la medida en que quienes se retiren cuenten ya con una Afore. En cuyo caso se tratará de una pensión limitada a la cantidad de recursos que se hayan ahorrado, aunque si los usuarios no ahorran suficiente, de cualquier forma tendrán acceso a una pensión mínima pagada con recursos fiscales, lo cual puede terminar costando mucho al erario.

Las dificultades para reformar este sistema son grandes. Los trabajadores del IMSS, quienes ganan con el actual sistema, son un grupo bien definido y organizado; los trabajadores derechohabientes, un gru-

* En 2003, el déficit anual de las pensiones del ISSSTE registró cerca de 25 mil millones de pesos. De continuar la misma tendencia, la SHCP estima que para 2010 esta cifra se ubicará alrededor de los 63 mil millones de pesos (de 2003); para 2020, será de 115 mil millones de pesos (de 2003); y para 2050, alcanzará los 295 mil millones de pesos (de 2003).

* Hay grupos de enfermos que han sido capaces de organizarse, como los que padecen VIH/sida, lo cual no ha incrementado el gasto total en salud, sino transferido recursos hacia esa enfermedad a costa de otros males cuyos pacientes están menos organizados.

po amplio y desorganizado. Con todo, el apoyo de los sindicatos de trabajadores afiliados al IMSS logró una reforma legal que obligaba al IMSS a fondear completamente las pensiones de cualquier futuro trabajador. Dado que esto no es posible con el actual sistema, se había paralizado la contratación de trabajadores. El deterioro en la provisión de los servicios de salud por supuesto continuó, pero la expectativa era obligar al sindicato, que no podía remplazar a los que se jubilaban, a negociar un acuerdo que le diera estabilidad al instituto. Al final, el eslabón más débil fue el director del IMSS, quien se vio obligado a dimitir. La nueva administración optó por una figura intermedia que sólo pospone el problema por un tiempo.

En la medida en que hemos segmentado el sector en función de la recepción de las cotizaciones de los asegurados, la compra de insumos y la distribución de riesgos, el costo administrativo de nuestro sistema de salud es muy alto. En comparación con los otros miembros de la OCDE, México es el país que destina más recursos al pago de servicios administrativos: 9.5% de su gasto total en servicios de salud. Otros países que gastan parte importante de sus recursos destinados a salud en dichos servicios son Estados Unidos (6.9%) y Alemania (5.5%). En contraste, Portugal (0.1%), Italia (0.2%) y Suecia (0.4%) son los países de la OCDE que destinan menos recursos a este rubro.^{*,12}

Este sistema, además de caro en su administración, implica algunos incentivos perversos. La concepción original de un sistema que es financiado por sus miembros no se cumple en la práctica. Esto es así porque el IMSS no puede excluir a quienes tienen padecimientos preexistentes, con lo cual termina cargando con un gran porcentaje de enfermos crónicos que se pueden afiliar cuando se dan cuenta de sus padecimientos. Quienes sí pagan cuotas pueden terminar por financiar enfermedades de quienes nunca cotizaron, lo cual en un sistema basado en la pertenencia a un club, por más abierto que sea, es injusto y tiende a propiciar comportamientos oportunistas. Por ello, en la práctica se ha ido convirtiendo en un sistema parcial de seguridad social público: obligatorio y con un importante componente fiscal. El Seguro Popular va a incrementar esta tensión en la medida en que se tenga acceso a cobertura similar a la del IMSS o a la del ISSSTE a un costo mucho menor para el usuario. Si nos movemos hacia un sistema universal, habrá que pensar en finan-

ciarlo de forma distinta; de lo contrario estamos incentivando la informalidad.

Adicionalmente, este sistema es más difícil de sostener en la medida en que el derecho a las pensiones ha desplazado parcialmente al derecho a la protección de la salud. Esto seguirá acentuándose si no hay cambios importantes y persiste la existencia de instituciones con lógicas diversas que dan pie a comportamientos oportunistas. Esta situación se vuelve aún más compleja ante los cambios demográficos y políticos que el país enfrenta.

Tensión entre derechos

El paquete específico de derechos al que tiene acceso un individuo no es estático: cambia en función de las expectativas y del propio desarrollo tecnológico, el cual permite nuevos tratamientos que antes no eran demandados simplemente por no existir, lo cual va incrementando los costos. Un país más viejo demandará más gasto en salud. Para que un sistema sea políticamente estable debe responder a las demandas y prioridades del país, y nuestro sistema de salud fue construido en un momento no democrático y corporativista.

El sistema mexicano refleja la evolución de la concepción del derecho a la protección de la salud y muestra a quienes tenían voz, los grupos representados en el pacto corporativo o bien a quienes tenían capacidad de compra. Sin embargo, el sistema no parece ser estable financieramente ni en función de las demandas sociales. La deficiencia del sistema se manifiesta incluso en los derechohabientes quienes, dada la mala calidad de los servicios públicos, tienen que pagar directamente una parte del gasto.*

En una sociedad donde cada vez se tiene más voz y donde el ciudadano va a exigir que se hagan efectivos derechos constitucionales, la presión por aumentar el gasto público en salud irá creciendo. Dada la importancia de este bien, es de los más politizados, y en una sociedad democrática deberá serlo cada vez más.

Además, la salud, a diferencia de la educación, no se termina en un año dado, cuando uno se gradúa o deserta del sistema escolar. Por el contrario, con el paso del tiempo y el envejecimiento relativo de la población, va siendo más cara; además, mientras más organizada y moderna sea una sociedad, mayor cali-

* Cifras correspondientes a principios de la década de 2000.

* Ver los datos referentes al gasto de bolsillo en salud por condición de aseguramiento elaborados por la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud a partir de información de la ENIGH 2002.

dad exigirá. Cuando el ingreso crece, el gasto en salud suele aumentar aún más (es decir, tiene una elasticidad mayor a uno). Cuando los individuos tienen resueltos otros satisfactores se vuelven más exigentes con la salud que demandan. El simple cambio tecnológico va presionando al alza el gasto en salud.

Sirva como ejemplo el caso de Estados Unidos. Se calcula que en 2014 este país gastará en salud 18.7% del PIB. Hoy gasta 15.4%, lo cual equivale a casi tres veces el PIB total de México (en dólares corrientes). Dado que gasta tanto en el rubro, aun cuando la mayoría del gasto es privado, el gasto público en EUA dedicado a salud es superior, como proporción del PIB, al que ejercen muchos países europeos.

El derecho a la protección de la salud compite con muchos otros por los recursos fiscales. Si comparamos el gasto en salud con el de educación, se observa el menor peso del primero y su menor crecimiento relativo. Mientras que en los países de la OCDE el gasto público en salud y educación es muy parecido, en nuestro caso hay una distancia notable.^{13,14}

El perfil demográfico de la población puede explicar una parte de estas diferencias. Una población más joven demanda una atención de salud menos cara y, por el contrario, más educación. Sin embargo, se sugieren dos hipótesis para explicar el mayor peso del gasto en educación frente al de salud.

Primero, la educación es un bien cuya regla de distribución asentada en la Constitución es mucho más clara y más compartida por la sociedad. La idea de una educación gratuita y universal se encuentra más extendida que la de la salud, aunque con la creación del Seguro Popular esto tenderá a cambiar. Mientras que la mitad de la población no ha tenido ningún tipo de cobertura médica y el gasto de bolsillo es, como ya vimos, muy elevado, incluso entre quienes tienen cobertura de algún tipo, la educación primaria es ya casi universal y todos pueden acceder a ella.

Segundo, en educación los actores han estado mejor organizados. Hay un sistema de educación básica y un sindicato. Hay muchos más maestros que médicos. La capacidad de representación de los maestros en el poder legislativo, en varios partidos, les ha sido muy útil para presionar por mayor gasto. Su capacidad de movilización es mayor y su ingreso en términos relativos al PIB per cápita, frente a lo que sucede en muchos otros países, es mayor.

Un ejercicio a través de una encuesta de opinión pública para tratar de estimar cómo se debiera distribuir el gasto público si éste se elaborara en función de las preferencias ciudadanas, muestra una mayor preferencia por el gasto en salud. A éste le asignaría 29% del gasto total, frente a 25.4% destinado a educación.¹⁵

En todo caso, ante la ausencia de recursos adicionales –como los excedentes petroleros– la competencia por recursos fiscales va a tender a darse entre estos cruciales derechos sociales, no sólo en términos de su importancia para el ciudadano, sino de lo que cuestan. Para determinar qué hacer en esta disputa no van a ser suficientes los criterios de justicia, será necesario ver el problema desde una perspectiva de desarrollo, que tome en cuenta el impacto que tiene cada uno de estos derechos en el desempeño de la economía.

Consideraciones finales

Los derechos que ofrece el marco legal a los mexicanos siguen siendo una visión de justicia distributiva incumplida. No sólo por falta de recursos fiscales, sino porque nuestro sistema de salud comprende organizaciones con objetivos distintos, resultado de la evolución del concepto mismo de derecho al acceso a los servicios de salud, lo que genera incentivos contrarios a un uso óptimo de los recursos y ha permitido que se consoliden grupos con suficiente poder político para evitar, por lo menos hasta ahora, la reforma del sistema. Tener un acceso oportuno y de calidad depende más del dinero y del lugar que se tenga en la sociedad, que de la necesidad del enfermo.

Ahora bien, si los criterios de justicia no son suficientes para procurar que las promesas de la Constitución se cumplan, se puede apelar al egoísmo. La experiencia de otros países indica que sin mejoras importantes en salud es muy difícil mejorar la productividad y, por lo tanto, crecer de forma sostenida.

Es común argumentar que sin educación no hay desarrollo posible. Es una afirmación correcta, aunque la clave no está en gastar más dinero, sino en hacerlo bien. Lo mismo se puede decir del gasto en salud. Si bien no todo es aumentar los recursos en la materia, la justificación para invertir recursos públicos en el gasto en salud va más allá de consideraciones de equidad o de salud pública. Individuos más sanos permiten una sociedad más productiva que genera más riqueza.

Pareciera cuestión de sentido común el que individuos sanos sean capaces de trabajar más productivamente. Sin embargo, por muchos años los economistas pensaron que una parte importante del gasto en salud se podía posponer. Se le veía como un lujo, algo no prioritario para impulsar el crecimiento. Un mayor gasto en salud venía con el crecimiento, no en sentido inverso.

Actualmente la visión aceptada como correcta es otra. La evidencia parece mostrar que para desarrollarse hay que gastar en salud, o mejor dicho, invertir en ella.¹⁶ Una mejora en el nivel de desarrollo sólo es

posible si se incrementa la calidad del capital humano. Esto no es posible sin individuos sanos. Un estudio de Fogel¹⁷ de 1994 concluye que 30% del crecimiento de la economía de Inglaterra de los últimos 200 años puede ser atribuido a una mejor nutrición. Un trabajo de Barro¹⁷ concluye que cada 10% en la esperanza de vida lleva en promedio a medio punto más de crecimiento económico.

Una población con salud es un prerrequisito para que otros esfuerzos sociales tengan sentido. Para lograr un mejor rendimiento del gasto en educación, el niño debe tener condiciones adecuadas de salud. Si las condiciones de nutrición en el embarazo y en los primeros años afectan, quizás para siempre, la capacidad intelectual del niño, es urgente buscar mejoras en ese ámbito. Evidentemente, ambos elementos se van retroalimentando. Cuando se eleva el nivel de educación de las niñas, éstas tienden a embarazarse con mayor edad y a ser madres más capaces de proveer salud y educación a sus hijos.

Un gobierno incapaz de hacer valer derechos mínimos de acceso a la salud a sus ciudadanos, no sólo queda por debajo de sus obligaciones constitucionales y de las expectativas de la población, tampoco genera las condiciones para que otros esfuerzos rindan frutos y se pueda mejorar la productividad y, por tanto, el ingreso de los individuos.

Con este objetivo, la legislación tendría que reformarse para ofrecer un derecho a la protección de la salud efectivo. Sin embargo, no se trata meramente de estipular nuevos derechos. El reto es reformar los existentes para tener un único conjunto de derechos para todos, el cual sea financiado de una manera congruente con los criterios de justicia estipulados en nuestra Carta Magna, y que tenga estabilidad presupuestal.

Referencias

1. Walzer M. Spheres of Justice: A defense of pluralism and equality. EU: Basic Books, 1984.

2. Porter R. The greatest benefit to mankind-A medical history of humanity. EV. Norton Company, 1997.
3. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud-México. México. Secretaría de Salud de México, 2005;35.
4. Gasto total en salud y PIB per cápita, en países de la OCDE, 2002 (gráfica). En: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud - México. México: Secretaría de Salud de México (para la edición en español), 2005;35.
5. Ingreso per cápita y gasto en salud como proporción del PIB, países seleccionados de América Latina (cuadro). En: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud - México. México: Secretaría de Salud de México (para la edición en español), 2005;34.
6. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud-México. México. Secretaría de Salud de México, 2005;49.
7. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud-México. México. Secretaría de Salud de México, 2005;50.
8. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud-México. México. Secretaría de Salud de México, 2005;38-39.
9. Scott J. Eficiencia redistributiva de los programas contra la pobreza en México. México: Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C., 2004; Documento de trabajo 307.
10. Presidencia de la República. ¿Cómo vamos a la mitad del camino...? México: Presidencia de la República, 2003;32.
11. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Presupuesto de Egresos de la Federación 2005. México: Diario Oficial de la Federación. 20 diciembre de 2004.
12. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud-México. México: Secretaría de Salud de México (para la edición en español), 2005;115.
13. Organisation for Economic and Cooperation Development. Health data. Third edition. Paris: OECD, 2004.
14. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Presupuesto de Egresos de la Federación 2005. México: Diario Oficial de la Federación. 20 diciembre de 2004.
15. Consulta Mitofski. El presupuesto de egresos según los ciudadanos: Encuesta nacional a viviendas. México: Consulta Mitofski, julio de 2005. Disponible en: World Wide Web: www.consulta.com.mx/interiores/99_pdfs/_mexicanos_pdf/mxc_NA20050720_PresupuestoEgresos.pdf
16. Mayer D. Salud, crecimiento y pobreza. CIDE, 2004, mimeo.
17. Scheffler RM. Health expenditure and economic growth: An international perspective. Occasional papers on globalization, University of South Florida.