



El Trimestre Económico

ISSN: 0041-3011

trimestre@fondodeculturaeconomica.com

Fondo de Cultura Económica

México

Lustig, Nora

SALUD Y DESARROLLO ECONÓMICO. El caso de México

El Trimestre Económico, vol. LXXIV (4), núm. 296, octubre-diciembre, 2007, pp. 793-822

Fondo de Cultura Económica

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31340952006>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en 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

## SALUD Y DESARROLLO ECONÓMICO El caso de México\*

*Nora Lustig\*\**

### RESUMEN

En este artículo se analiza la relación entre salud, crecimiento económico y pobreza, los niveles, desigualdad y evolución de los indicadores de salud, así como la equidad y eficiencia de la acción pública en materia de salud en México. Este país tiene niveles promedio de salud inferiores a los esperados para su desarrollo y, aunque en general han mejorado con el tiempo, lo han hecho a un ritmo menor al adecuado. Existen también grandes contrastes entre zonas geográficas, grupos étnicos y niveles socioeconómicos. La desigualdad en los indicadores es reflejo de la desigualdad en la acción pública, ya que el gasto público en salud no es progresivo y ha mantenido a cerca de 50% de la población fuera de los sistemas de seguridad pública. Asimismo, se concluye que para alcanzar la eficiencia adecuada, el sistema de seguridad social debería establecer un fondo único nacional para financiar intervenciones médicas específicas y esquemas complementarios para servicios médicos adicionales; permitir a múltiples instituciones, tanto públicas como privadas, proporcionar los servicios de salud cubiertos por dicho fondo único para incrementar el acceso y competencia, así como garantizar la portabilidad de derechos, para el caso, por ejemplo, en que el asegurado se traslade a otra zona geográfica o cambie de situación laboral.

### ABSTRACT

This article analyzes the relationship between health and economic growth and poverty. It finds that Mexico presents lower levels of health than those expected for its degree of development. It also concludes that there are huge contrasts among geographic zones, ethnic groups and socioeconomic status. This may be due to a somehow regressive public expenditure in health as half the population is not covered by any social security scheme. Hence it is

\* *Palabras clave:* seguridad social, salud, crecimiento económico, pobreza y desigualdad.  
Clasificación JEL: II, O1, O5. Artículo recibido el 5 de marzo de 2007. Este artículo se basa en la publicación de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud (2006). El informe completo se puede encontrar en [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx). La autora agradece a María Dávalos su excelente ayuda en la preparación de este trabajo.

\*\* Nora Lustig es directora del Grupo de Pobreza del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y presidenta de la Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud.

needed a National Fund to finance healthcare and allow a universal system that is independent of, for example, geographic zone or public/private source of work.

## INTRODUCCIÓN

**La salud es un determinante clave del bienestar, el crecimiento económico y la pobreza. En este artículo se analiza la relación entre salud, crecimiento económico y pobreza, los niveles, desigualdad y evolución de los indicadores de salud, así como la equidad y eficiencia de la acción pública en materia de salud en México.**

Como se observa, en términos de algunos indicadores, México tiene niveles promedio de salud inferiores a los esperados para su etapa de desarrollo y, aunque en general han mejorado con el tiempo, lo han hecho a un ritmo menor al adecuado. Existen también grandes contrastes entre zonas geográficas, grupos étnicos y niveles socioeconómicos. Estos indicadores son reflejo de la desigualdad en la acción pública, ya que el gasto público en salud no es progresivo y ha mantenido a cerca de 50% de la población fuera de los sistemas de seguro públicos. Iniciativas como el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades y más recientemente el Seguro Popular están orientadas a reducir la desigualdad y mejorar el acceso a la salud de la población pobre. Sin embargo, en ciertas zonas del país subsisten la desnutrición y mortalidad materno-infantil todavía muy altas.

Dada su fragmentación y, en particular, la falta de vinculación entre financiación, aseguramiento y provisión de servicios médicos de la seguridad social, el sistema de salud mexicano presenta, además, varios problemas de eficiencia. Para alcanzar la eficiencia adecuada, el sistema de seguridad social debería establecer un fondo único nacional para financiar intervenciones médicas específicas y esquemas complementarios para servicios médicos adicionales; permitir a múltiples instituciones, tanto públicas como privadas, proporcionar los servicios de salud cubiertos por dicho fondo único para incrementar el acceso y competencia, así como garantizar la portabilidad de derechos, para el caso, por ejemplo, en que el asegurado se traslade a otra zona geográfica o cambie de situación laboral. Esto no forzosamente implica la fusión o eliminación de los subsistemas de

seguridad social existentes pero requeriría cambios importantes en la regulación y operación del sistema de salud actual.

El trabajo tiene cinco secciones. En la primera se presenta una breve síntesis de la relación entre salud y crecimiento económico y trampas de pobreza. La sección II describe la situación de indicadores básicos de salud en cuanto a su nivel, evolución y desigualdad. En la tercera se analiza el monto, incidencia y distribución del gasto público en salud. En las secciones cuarta y quinta se analiza el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades y el Seguro Popular. Al final se presentan las conclusiones.

### I. SALUD, CRECIMIENTO Y POBREZA

La salud no es sólo la ausencia de enfermedad; es también la capacidad que cada quien tiene para desarrollar su potencial físico y cognitivo a lo largo de su vida. Como es uno de los principales componentes del llamado capital humano, la salud también cumple un papel instrumental: es uno de los determinantes clave del crecimiento económico y la pobreza. La salud contribuye al crecimiento económico, en el largo plazo, por medio de los mecanismos siguientes: tiene un efecto positivo en el desarrollo cognitivo del niño y la productividad laboral del adulto; reduce las pérdidas de producción de los trabajadores y de asistencia escolar de los niños ocasionadas por enfermedad; permite utilizar recursos naturales que eran inaccesibles debido a la presencia de epidemias o enfermedades endémicas, y libera para otros fines recursos financieros que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de las enfermedades.

Los estudios realizados acerca del efecto de la salud en el crecimiento sugieren que éste puede ser de magnitud considerable. Por ejemplo, los trabajos del premio Nobel en Economía Robert Fogel respecto a Inglaterra demuestran que entre un tercio y la mitad del crecimiento económico experimentado por ese país en los pasados dos siglos se explica por mejoras en la salud. Análisis similares realizados para la América Latina y, en particular, para México, encuentran también que casi un tercio del crecimiento del último cuarto del siglo XX se explica por mejoras en la salud. En términos generales, la evidencia empírica (basada en datos de un gran número de países a lo largo de varios decenios) muestra que cada año de aumen-

to en la esperanza de vida al nacer resulta en un incremento entre 2 y 4% del ingreso por habitante.<sup>1</sup>

Las mejoras en la nutrición resultan en un notorio incremento de la estatura media de la población de un país, proceso que se conoce como la “transición de la estatura promedio”. Las pruebas internacionales muestran que cada centímetro adicional en la estatura media del adulto está asociado a un incremento del producto por habitante de 6% en promedio. Todos los países hoy desarrollados pasaron por dicha transición. En el periodo reciente un caso que destaca es el de Corea del Sur: entre 1962 y 1995, o sea, en el lapso de una generación, la estatura media de los hombres en edad adulta aumentó 4.8 cm, lo que representa una contribución alrededor de 0.87% al crecimiento anual durante 33 años.<sup>2</sup> Otro estudio muestra que la desnutrición causa una reducción de la tasa anual de crecimiento del producto por habitante entre 0.23 y 4.7% según el caso.<sup>3</sup>

La salud es también uno de los principales determinantes de la pobreza y de su persistencia en el tiempo: las trampas de pobreza. Las trampas de pobreza asociadas a deficiencias en la salud ocurren porque los niños mal nutridos son más susceptibles de padecer enfermedades y tienen un desarrollo cognitivo menor, lo cual resulta en menor productividad e ingreso cuando son adultos, dando origen al mismo ciclo en la generación siguiente. Los hogares pobres están impedidos de romper este círculo vicioso por la presencia de fallas de mercado.<sup>4</sup> Las fallas de mercado pueden ocurrir por diversos factores como la inexistencia o restricciones de los mercados de crédito y seguros para la población más pobre; paternidad imperfecta debido a la ausencia de uno o ambos padres; padres que no cuentan con la salud, nutrición o conocimiento adecuados, o bien, que no dan prioridad al bienestar de sus hijos; una alta tasa de impaciencia o excesiva aversión al riesgo asociada a la pobreza o, también, la falta de inversión en bienes públicos (en salud y educación).

La bibliografía económica, teórica y empírica, analiza y documenta

<sup>1</sup> Véase Weil (2005) y Bloom, Canning y Sevilla (2003).

<sup>2</sup> Weil (2005).

<sup>3</sup> Arcand (2001).

<sup>4</sup> Aquí se considera como falla de mercado cualquier situación en la que la organización de la producción, acumulación o consumo de bienes y servicios por medio del libre funcionamiento de los mercados resulta en situaciones no óptimas: por ejemplo, mercados inexistentes o incompletos y la presencia de no convexidades de utilidad y producción.

este tipo de trampas de pobreza.<sup>5</sup> También analiza el efecto negativo que éstas tienen en el crecimiento económico. Para el caso de México se han encontrado pruebas de una trampa de pobreza ocasionada, a su vez, por una trampa de baja inversión en capital humano en los hogares pobres.<sup>6</sup> Los estudios empíricos indican que existen rendimientos crecientes a la educación (o sea, un aumento más que proporcional en el ingreso potencial asociado a una mayor escolaridad) a niveles donde la proporción de la población que los detenta es baja.<sup>7</sup> Esto demuestra que hay una subinversión en educación. Asimismo, los resultados indican que la permanencia escolar es mayor para niños con mejor nutrición y salud y que los rendimientos a la inversión en salud en la etapa temprana son significativos. Es decir, una gran número de hogares pobres no puede aprovechar los rendimientos que obtendría de invertir en mayor escolaridad porque no tiene los recursos ni el acceso a pedirlos prestado y porque la falta de salud y nutrición en edad temprana asociada a la falta de recursos pone a los niños de dichos hogares en desventaja insuperable. Dados estos resultados, invertir en salud y nutrición infantil puede tener resultados muy importantes para liberar a los hogares de las trampas de pobreza y contribuir al crecimiento de la economía en su conjunto. Este es un ámbito clave para las políticas públicas ya que las fuerzas del mercado no corregirán la subinversión en salud o lo harán de manera extremadamente lenta.

Una enfermedad catastrófica también puede sumir a una familia en la pobreza —incluso en trampas de pobreza— tanto por los gastos asociados a la enfermedad como por la pérdida de ingreso si el que la padece contribuye de manera significativa al ingreso familiar. En México, por ejemplo, la falta de protección ante riesgos idiosincrásicos de salud se estima que provocó en 2004 que alrededor de 900 mil hogares mexicanos incurrieran en gastos catastróficos<sup>8</sup> y poco más de cuatro millones de familias sufrieran un gasto empobrecedor, es decir que los llevó o los mantuvo por debajo de la línea de pobreza.

<sup>5</sup> Galor y Zeira (1993), Galor y Tsiddon (1997), Azariadis y Drazen (1990), Galor y Mayer-Foulkes (2002) y Van Der Gaag (2002).

<sup>6</sup> Mayer-Foulkes (2006).

<sup>7</sup> Véase Mayer-Foulkes (2006) y Legovoni, Bouillon y Lustig (2002).

<sup>8</sup> Un gasto en salud se define como “catastrófico” si es superior a 30% de la capacidad de pago. Capacidad de pago se refiere al ingreso familiar disponible una vez descontado el gasto dedicado a la alimentación. Véase Instituto Nacional de Salud Pública (2005).

Dada la importancia de la salud como determinante del crecimiento económico, la pobreza y el bienestar de las personas y dado que es un sector en el que las fallas de mercado se presentan de manera frecuente, la acción del sector público adquiere particular importancia. Las políticas públicas deben actuar tanto para propiciar la acumulación de salud como para minimizar su merma en caso de enfermedad. Entre las primeras destacan los programas de información nutricional, sobre todo los focalizados en la nutrición, salud y desarrollo de los individuos en la etapa prenatal y la infancia temprana como es el caso de los programas de nutrición y atención a la salud materno-infantil y los programas de transferencias condicionadas como el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (antes Progresa).<sup>9</sup> Para minimizar la depreciación de la salud la acción pública debe actuar en los frentes que contribuyen a la erradicación de enfermedades endémicas y previsión de epidemias, así como en los sistemas de atención a la salud financiados total o parcialmente con recursos generales del gobierno federal.

## II. LA SALUD EN MÉXICO

Un indicador tradicional y sintético de la salud es la esperanza de vida al nacer. En 2004 la esperanza de vida fue de 72.8 años para los hombres y 77.8 años para las mujeres, similar a las de Uruguay, Panamá y Argentina. Con estos niveles México ocupa el lugar 41 en el mundo<sup>10</sup> y tiene una esperanza de vida congruente con el ingreso *per capita* del país. Sin embargo, cuando se utilizan indicadores menos generales, como la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad materna, la situación no es adecuada. Por ejemplo, un estudio econométrico demostró que a fines de los años noventa la tasa de mortalidad infantil<sup>11</sup> en México (31 por mil niños nacidos vivos) era 22% superior a la correspondiente a un país de igual desarrollo. Esto significa que, de acuerdo con este estudio, se presentaban 20 mil muertes de niños menores de un año de edad por encima de lo que se esperaría en México.<sup>12</sup> La mortalidad materna en 2003 fue

<sup>9</sup> Levy (2006).

<sup>10</sup> Clasificación calculada del Informe de Desarrollo Humano 2006 de las Naciones Unidas para la esperanza de vida al nacer entre 2000 y 2005.

<sup>11</sup> Para niños menores de un año de edad.

<sup>12</sup> Bertozzi y Gutiérrez (2003).

igual a 83 por cien mil niños nacidos vivos, ocupando el lugar 83 en la clasificación mundial,<sup>13</sup> muy por encima de países como Uruguay (27) y Costa Rica (43) que tienen ingresos por habitante similares al de México.<sup>14</sup> La alta mortalidad materna en México es prevenible porque resulta de la falta de atención adecuada durante el embarazo, parto y puerperio en medios rurales y zonas urbanas marginadas. Los recursos necesarios para reducirla existen.

Las carencias nutricionales se hacen evidentes en que México aún no ha experimentado la mencionada “transición de la estatura media”. Esto se ilustra al observar que la estatura promedio de adultos de 24 años de edad apenas se incrementó, para los nacidos entre 1960 y 1978, de 166.1 a 166.7 cm.<sup>15</sup> En cuanto a la evolución de los indicadores de salud, si tomamos como referencia los llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio,<sup>16</sup> se encuentra que el avance en materia de mortalidad infantil (que en 2004 fue de 23 por mil nacidos vivos)<sup>17</sup> es superior al “necesario” para lograr la meta internacional pero que, en el caso de la mortalidad materna, el avance está por debajo del requerido. Entre 1990 y 2003 la tasa de avance para esta última fue igual a 32.7 (véase cuadro 1), cuando debió haber superado un avance de 44 por ciento.<sup>18</sup>

Más allá del comportamiento del promedio nacional, el problema grave de México son los grandes contrastes entre regiones, etnias y grupos socioeconómicos. Según las estimaciones disponibles, una persona que pertenece al 50% más pobre de la población tiene una pro-

<sup>13</sup> Clasificación calculada para 2000 en 182 países utilizando los datos de los Indicadores del Milenio de las Naciones Unidas (<http://millenniumindicators.un.org/unsd/mdg/>).

<sup>14</sup> PIB *per capita* (PPP) en 2003 fue de 8 104 en Uruguay y de 9 566 en Costa Rica. En México fue de 9 271 (World Economic Outlook, 2006).

<sup>15</sup> Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud (2006). Calculado con datos de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida de los Hogares (ENNVH) 2002. Estos son los datos más actualizados que se pueden obtener al respecto.

<sup>16</sup> Los Objetivos de Desarrollo del Milenio nacieron de la Declaración del Milenio, suscrita por los 189 países asistentes a la Cumbre del Milenio de Naciones Unidas realizada en septiembre de 2000. Las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio incluyen, entre otras, reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día; reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años; reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna y haber detenido y comenzado a reducir, para 2015, la propagación del VIH/SIDA, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.

<sup>17</sup> Indicadores del Milenio de las Naciones Unidas (<http://millenniumindicators.un.org/unsd/mdg/>).

<sup>18</sup> Con el supuesto de un comportamiento lineal en el periodo 1990-2001 el avance requerido es de 44% si se quiere alcanzar el objetivo en 2015.

**CUADRO 1. Avance en la reducción de la tasa de mortalidad materna**

<i>País</i>	<i>1990</i>	<i>2003</i>	<i>Meta<sup>a</sup></i>	<i>Tasa de avance (porcentaje)</i>
México	110.0	83.0	27.5	32.7
<b>A. Países desarrollados</b>				
Alemania	22.0	8.0	5.5	84.8
Japón	18.0	10.0	4.5	59.3
Canadá	6.0	6.0	1.5	0.0
Francia	15.0	17.0	3.8	17.8
Estados Unidos	12.0	17.0	3.0	55.6
Reino Unido	9.0	13.0	2.3	59.3
<b>B. Países latinoamericanos</b>				
Uruguay	85.0	27.0	21.3	91.0
Chile	65.0	31.0	16.3	69.7
Costa Rica	55.0	43.0	13.8	29.1
Venezuela	120.0	96.0	30.0	26.7
Argentina	100.0	82.0	25.0	24.0
Brasil	220.0	260.0	55.0	24.2
Guatemala	200.0	240.0	50.0	26.7
Colombia	100.0	130.0	25.0	40.0
República Dominicana	110.0	150.0	27.5	48.5
Perú	230.0	410.0	70.0	61.9

FUENTE: United Nations Statistics Division (<http://millenniumindicators.un.org>).

<sup>a</sup> La meta es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes de 1990 a 2015. La mortalidad materna se mide por el número de muertes por cada 100 mil nacidos vivos.

babilidad de presentar un estado de salud malo o muy malo de 14.2 puntos porcentuales mayor que una persona que pertenece a los grupos de más altos ingresos. La diferencia es de 16.3 puntos porcentuales más para un hogar en zonas rurales que en zonas urbanas.<sup>19</sup>

Asimismo, los municipios más pobres tienen tasas de mortalidad infantil alrededor de 60 por cada mil niños nacidos vivos, similares a las de países pobres de África y Asia. En el municipio con menor índice de desarrollo humano, Metlatónoc, en el estado de Guerrero, la tasa de mortalidad en menores de un año de edad es de 66.9 por cada mil niños nacidos vivos, similar a la de países más pobres como Sudán (63 por mil nacidos vivos, 2004) y Bután (67 por mil nacidos vivos, 2004).<sup>20</sup> En contraste, la delegación Benito Juárez de la ciudad de México presenta una tasa de 17.2, similar a la de Argentina

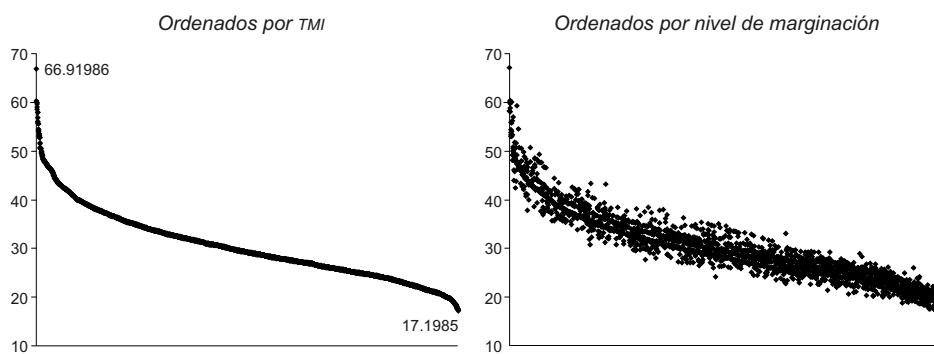
<sup>19</sup> Cálculos realizados por la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud con datos de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002 (ENED).

<sup>20</sup> Indicadores del Milenio de las Naciones Unidas (<http://millenniumindicators.un.org/unsd/mdg/>).

(16 por mil nacidos vivos, 2004) y Rusia (17). La desigualdad se presenta también al interior de los estados: en el estado de Oaxaca, en el municipio de Santiago Amoltepec la tasa de mortalidad infantil supera los 60 por cada mil niños nacidos vivos; en cambio, en el municipio de San Sebastián Tutla la tasa es de poco más de 17 por cada mil. En la gráfica 1 se puede observar la alta correlación entre el índice de marginación de los municipios y la tasa de mortalidad infantil que les corresponde. El contraste es todavía mayor para la tasa de mortalidad materna. Existen entidades federativas que en 2004 tenían tasas de 23.6 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos (Aguascalientes), mientras que en otras se observaban tasas de 103.2 (Chiapas), 86.9 (Oaxaca) y 80.3 (Durango).<sup>21</sup>

Si comparamos distintos grupos de ingreso se observa que en 2000 la tasa de mortalidad infantil del 10% más pobre fue de 38 por mil y la del 10% más rico de 19.7 (el promedio nacional fue igual a 24.5 por mil nacidos vivos). Si tomamos la estatura media de un adulto entre 20 y 64 años de edad como indicador de salud y nutrición se encuentra que ésta es igual a 1.53 m en el decil más pobre y a 1.61 m en el más alto (véase gráfica 2).<sup>22</sup> Si bien existen pruebas de que la desigualdad en los indicadores ha bajado,<sup>23</sup> las brechas son todavía

**GRÁFICA 1. Tasa de mortalidad infantil (TMI) por municipio, 2000**



FUENTE: Scott (2004), construido con base en Conapo (2001).

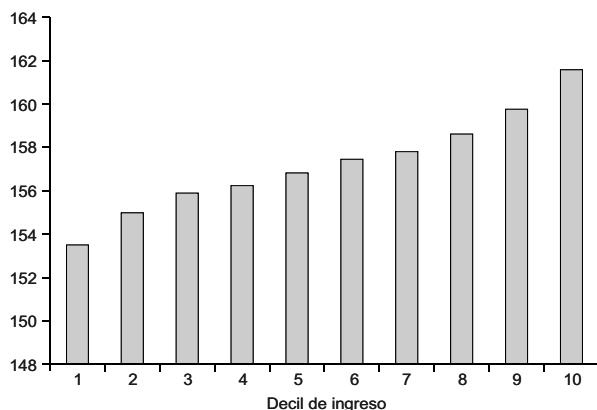
<sup>21</sup> Elaborado con base en información de la Secretaría de Salud (2005).

<sup>22</sup> Estimación a partir de ENSA (2000), acotado a rango de 135-190 centímetros.

<sup>23</sup> La brecha en la tasa de mortalidad infantil entre municipios se ha reducido de 1990 a 2000. En 1990 el municipio con la mayor tasa de mortalidad infantil (TMI) era Mezquític en el estado de Jalisco con 151.9 muertes por cada mil nacidos vivos, mientras que el que tenía la menor TMI co-

GRÁFICA 2. *Estatura de adultos entre 20 y 64 años de edad*

(Centímetros)



FUENTE: Scott (2004). Estimado con base en la ENSA 2000.

enormes. Para reducirlas se requiere centrar la acción pública en iniciativas cuyo objetivo prioritario sea mejorar los indicadores en los municipios y grupos socioeconómicos más pobres.

Como se dijo líneas arriba, la salud es un determinante clave del crecimiento económico y las trampas de pobreza. La evidencia empírica muestra que, en México, mejoras en la salud pueden contribuir a aumentar el crecimiento económico de largo plazo y, que además, parte de la población vive inmersa en una “trampa de pobreza”. Es decir, un gran número de hogares no cuenta con los recursos suficientes (y, por fallas de mercado, no puede pedirlos prestado) para invertir en la salud y nutrición de sus hijos en la magnitud apropiada. Los indicadores de mortalidad infantil y materna y estatura media de la población en municipios más pobres reflejan la baja inversión en la salud y nutrición de los niños en hogares pobres. Asimismo, la información acerca del número de hogares que enfrentan situaciones de pobreza causadas por gastos catastróficos detonados por enfermedad de alguno de sus miembros refleja las carencias del sistema de protección social en materia de salud.

¿En qué medida la acción pública corrige o reproduce la desigualdad y deficiencias observadas en los indicadores de salud y protec-

rrespondía al municipio de Miguel Alemán en el estado de Tamaulipas con 11.4 (esto equivale a una brecha de 140.5 muertes por cada mil nacidos vivos entre estos dos municipios). Para 2000 la brecha se redujo a 50 muertes por cada mil nacidos vivos.

ción social? Para responder a esta pregunta analizamos el monto y la distribución del gasto público en salud y el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Asimismo, se hace un análisis preliminar del llamado Seguro Popular que empezó como programa piloto en 2001 y entró en vigencia por ley en enero de 2004 con la reforma a la Ley General de Salud.

### III. MONTO, INCIDENCIA Y DISTRIBUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD<sup>24</sup>

Los servicios de salud en México abarcan el llamado Sistema Nacional de Salud y los servicios privados de salud. El primero consta de dos subsistemas: los seguros sociales (los dos principales son el IMSS y el ISSSTE)<sup>25</sup> y los servicios de salud para la población abierta (población no asegurada) brindados coordinadamente por la Secretaría de Salud federal y sus equivalentes en los estados. El gasto público en salud se compone de las aportaciones del gobierno federal a las instituciones de seguridad social; asignaciones presupuestarias del gobierno federal a la Secretaría de Salud; recursos propios de las entidades federativas transferidos a los servicios estatales de salud y las contribuciones de los individuos a la seguridad social que ingresan como fuente de financiación por medio de impuestos a la nómina y en que participan tanto los patrones como los trabajadores.

<sup>24</sup> El gasto (también llamado inversión) en salud se define como el gasto que se destina a los bienes y servicios de salud e incluye el gasto en todas las actividades cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, mantenimiento, mejoramiento y protección de la salud en un país o entidad federativa durante un período definido. Estas actividades comprenden: la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; la curación de las patologías y la reducción de la mortalidad prematura; la provisión de cuidados a las personas con enfermedades crónicas o con deficiencias, incapacidades o discapacidades relacionadas con la salud; la provisión y administración de la salud pública; la gestión de programas de salud, seguros de salud y otros mecanismos de financiación, y la rectoría del sistema de salud. Sin embargo, es importante señalar que en una concepción amplia la inversión sucede tanto fuera como dentro del sistema de salud. Fuera del sistema de salud destacan las llamadas transferencias de ingreso condicionadas como el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (antes Progresa) y la inversión en infraestructura sanitaria y de agua potable, y condiciones adecuadas de vivienda.

<sup>25</sup> IMSS se refiere al Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE se refiere al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. 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). Además, los gobiernos estatales han creado seguros sociales para sus trabajadores (los llamados ISSSTE estatales), y algunos organismos descentralizados, como Petróleos Mexicanos, cuentan con servicios médicos independientes. Dávila y Guijarro (2000).

Por su parte, el gasto privado en salud se divide en prepago y gasto de bolsillo. Mediante el prepago se financian esquemas privados ofrecidos por las compañías aseguradoras y los fondos mutualistas o algún otro tipo de asociación especializada en la diversificación de riesgos. Estos esquemas ayudan a cubrir de manera anticipada los gastos de atención médica en caso de enfermedad. En el caso del gasto de bolsillo los recursos no pasan por un intermediario que diversifique riesgos y mejore la eficiencia distributiva al asignar los recursos a las intervenciones de salud más costo-efectivas, esto es, que busque maximizar la salud de la población en su conjunto.

### *1. El monto del gasto público en salud*

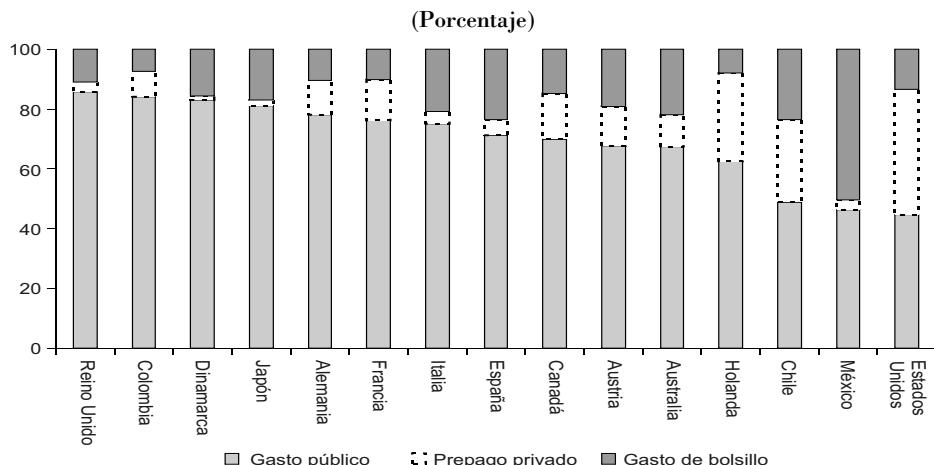
Cuando se suman los componentes público y privado se observa que el gasto total en salud pareciera ser menor al esperado para un país con el desarrollo de México. En 2004 fue de 6.3% del PIB, mientras que en países con ingresos per cápita similares, como Costa Rica y Brasil, fue de 7.3 y 7.6%,<sup>26</sup> respectivamente. En cuanto al gasto público, en 2003 su participación representó 46.4% del gasto total en salud, mientras que el prepago privado y el gasto de bolsillo representaron 3.1 y 50.5%, respectivamente.

Así, no sólo se observa una menor participación del gasto público en relación con otros países,<sup>27</sup> sino que la muy alta proporción del gasto de bolsillo señala que existen deficiencias en la oferta de salud por parte del sector público y de acceso, sobre todo para la población de bajos recursos, en el mercado de seguros privados. La participación del gasto de bolsillo registrado para México es de las más altas en comparación con otros países de ingresos medios y, además, muy superior a la de muchos países desarrollados (véase gráfica 3).

En suma, el sistema mexicano de salud presenta un desempeño inadecuado. Cerca de 50% de las personas no cuenta con cobertura de seguridad social y el gasto de bolsillo representa más de la mitad del gasto total en salud y, por lo mismo, un alto porcentaje de los hogares mexicanos corre el riesgo de incurrir en gastos catastróficos y

<sup>26</sup> OMS (2006). Los datos para Costa Rica y Brasil son de 2003. Es importante señalar, sin embargo, que durante los pasados 12 años el esfuerzo por aumentar la proporción de recursos públicos para la salud fue destacado.

<sup>27</sup> Por ejemplo, en Chile (49%), Honduras (57%), Tailandia (62%) y Turquía (72%).

GRÁFICA 3. *Composición del gasto en salud, 2003*

FUENTE: Organización Mundial de la Salud, Informe Mundial de la Salud, 2006, Ginebra, OMS.

empobrecerse para accesar a la atención médica que requieren y, además, se está desaprovechando la posibilidad de mancomunar riesgos.<sup>28</sup> La financiación privada de parte de los servicios de salud no es negativa *per se*. Pero, el peso desproporcionado del gasto de bolsillo no sólo contribuye a perpetuar la pobreza extrema sino que también exacerba la desigualdad, ya que en México el gasto de bolsillo se presenta en una mayor proporción en las familias en situación de pobreza extrema. Según la información disponible, el 10% más pobre gasta 8.5% de sus ingresos en la atención a su salud, mientras el 10% más rico gasta sólo 2.6 por ciento.

Dadas la pobreza extrema y la desigualdad prevalecientes en México, el sistema de salud debería evitar que las personas muy pobres tengan que dedicar parte de sus muy magros ingresos a la atención de su salud. Que los pobres dediquen una proporción mucho mayor de sus ingresos a la atención de su salud que los hogares más ricos es una clara manifestación de injusticia social. Un estudio comparativo internacional publicado por la Organización Mundial de la

<sup>28</sup> El predominio del gasto de bolsillo también incide en la eficiencia de la atención preventiva, ya que los pacientes suelen posponer la atención médica hasta que su enfermedad se agrava, en muchos casos de manera irremediable. La enfermedad debilita la posición del consumidor de servicios de salud: cuando ocurre no es el momento más indicado para realizar juicios acerca de la calidad y el costo del tratamiento.

Salud (2000) estableció que el problema más crítico del sistema de salud mexicano era la falta de “equidad en la contribución financiera” y por ello ocupó el lugar número 144 de entre 189 países.

## *2. La incidencia y distribución del gasto público en salud*

El análisis de la incidencia del gasto público en salud indica que el ejercido en favor de la población sin acceso a la seguridad social, la llamada población abierta, es altamente progresivo (o sea, que beneficia de manera desproporcionada a la población pobre) y prorrural, mientras que el gasto en beneficio de la población con acceso a la seguridad social es altamente regresivo (o sea, que beneficia de manera desproporcionada a la población que no es pobre) y prourbana.

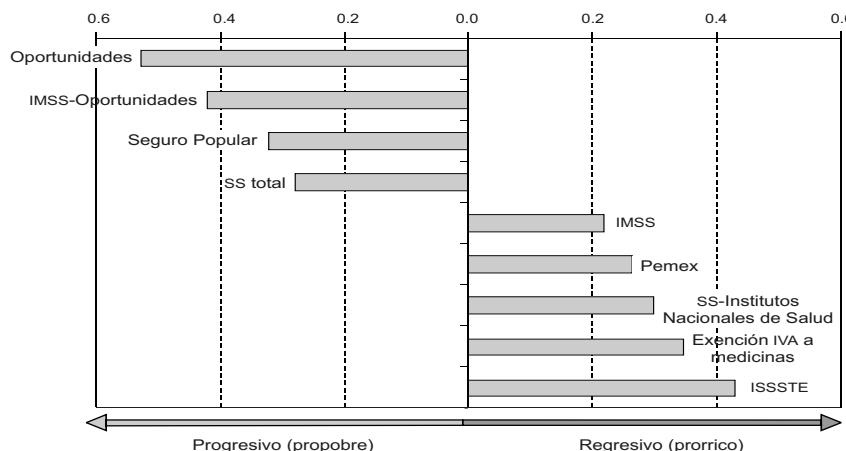
Cuando se suman ambos gastos y se incluyen las contribuciones privadas a la seguridad social se encuentra que el gasto público total en salud es neutro desde el punto de vista distributivo.<sup>29</sup> En un país donde, como vimos, las tasas de mortalidad infantil en los municipios más pobres son similares a las de países de muy bajos ingresos y donde en los casi 400 municipios calificados de muy alta marginación la cobertura de atención al parto por unidades médicas es de sólo poco más de un tercio, el gasto público en salud debería ser francamente progresivo.

La marcada inequidad es consecuencia, en gran parte, de la vinculación entre el acceso a la seguridad social (incluyendo la atención a la salud) y tener un empleo formal y de que el Estado mexicano no haya tomado medidas suficientes para —ante la presencia de la informalidad— proteger a la población no cubierta de este desamparo producto del funcionamiento del mercado laboral.

Si colocamos en orden decreciente (de más a menos inequitativos) los gastos del sistema de salud (y pensiones), los programas de seguridad social del sector formal (ISSSTE e IMSS) constituyen el tipo de gasto más regresivo, mientras que las transferencias de salud para la población no asegurada son las más progresivas (véase gráfica 4). Esto revela que existen posibilidades claras para la reasignación de recursos dentro de los instrumentos disponibles, a fin de mejorar la equidad del gasto público en México.

<sup>29</sup> Scott (2004).

**GRÁFICA 4. Coeficientes de concentración del gasto público en salud y nutrición, 2000-2002<sup>a</sup>**



FUENTE: Scott (2004).

<sup>a</sup> El coeficiente de concentración (o quasi Gini) muestra, en este caso, qué tan progresivo o regresivo es el gasto público en salud, de acuerdo con el porcentaje de los recursos destinados a cada por ciento de la población. Este índice tiene un rango entre -1 y 1, en el que -1 se refiere a un gasto totalmente propobres y 1 se refiere a un gasto concentrado totalmente en los ricos.

Al mismo tiempo que existen marcadas diferencias en la asignación de recursos entre grupos poblacionales se observa también una desigualdad en la asignación geográfica de recursos, resultado de la distribución histórica de fondos federales hacia las entidades con base en los requerimientos determinados por la oferta de servicios. La distribución del gasto federal en salud muestra una diferencia de 8 a 1 entre la entidad con mayores recursos públicos *per capita* y la entidad con menores recursos, sin que esta diferencia se explique por variaciones en las necesidades de salud de la población entre ambos estados.<sup>30</sup>

A partir del índice de marginación elaborado por el Consejo Nacional de Población (Conapo) se llega a una conclusión inquietante: los estados con un índice de marginación menor son los que reciben mayor cantidad de recursos públicos, a la vez que su población cuenta con una mayor cobertura de la seguridad social y, por lo contrario, en los estados que presentan un índice de marginación mayor los recursos públicos destinados a la salud son menores, mientras

<sup>30</sup> Secretaría de Salud (2005).

que en gran medida su población no se encuentra protegida por la seguridad social.

Esta diferencia en cobertura, aunada a que en las entidades federativas con grado de marginación alto se gastan, en promedio, menos recursos en la población no asegurada, ocasiona una gran disparidad. Comparando los dos tipos de población, la diferencia más grande en 2004 se presentó entre el gasto *per capita* para población asegurada del Distrito Federal (7 046 pesos) y el gasto *per capita* para población no asegurada del estado de Puebla (575 pesos), una diferencia de 12 veces.<sup>31</sup>

Existen además brechas importantes en la distribución de recursos entre entidades federativas para cada grupo de población. El gasto *per capita* para la población asegurada es casi 16 veces mayor en Nuevo León que en Querétaro. También existen grandes diferencias entre las 32 entidades federativas del país en cuanto al gasto público en salud como porcentaje del PIB. En 2004 las entidades que alcanzaron un mayor gasto en este rubro fueron Tabasco y Nayarit, con un monto mayor a 5% del PIB estatal. Las entidades con menor gasto fueron Nuevo León y Quintana Roo, con una cifra inferior a 2.5%. Las diferencias entre ambos grupos son realmente notorios, pues mientras que este gasto fue de 6.4 % en Tabasco, en Nuevo León alcanzó apenas 2.1 por ciento.<sup>32</sup>

Aunque es cierto que el monto, composición y distribución del gasto público en salud así como las características del sistema de seguridad social no favorecen la equidad, es importante señalar que sobre todo desde mediados de los años noventa se han tomado iniciativas orientadas a corregir esto. Por ejemplo, en el periodo 1996-2000 la cobertura de los servicios de salud para la población no asegurada en el quintil más pobre se incrementó de 18 a 31%<sup>33</sup> y, el cambio más

<sup>31</sup> Cifras preliminares al 31 de mayo de 2004 y a precios corrientes de 2003. Estas cifras no incluyen ajustes ni por costo de vida ni por calidad. Véase Secretaría de Salud (2004).

<sup>32</sup> Secretaría de Salud (2004).

<sup>33</sup> Este hecho coincide con la introducción y expansión acelerada del Programa de Educación, Salud y Alimentación, cuyo componente de salud se creó precisamente para incrementar la demanda de los servicios por parte de esta población (por medio de transferencias monetarias condicionadas, además de programas complementarios de expansión de cobertura y mejoras en la oferta). También se observa en ese periodo una reducción gradual en la regresividad de los servicios para la población asegurada, que en el caso del ISSSTE era, hasta 1998, más regresiva que la distribución del gasto de los hogares y contribuía por tanto a aumentar la desigualdad en los recursos para la salud. En el caso del IMSS se observa un pequeño avance en progresividad

significativo en términos del gasto en salud entre los años 2000 y 2006 fue el incremento de más de 70% en términos reales de los recursos federales para la población sin seguridad social.<sup>34</sup>

Entre los programas innovadores orientados a romper con el “círculo vicioso” de la pobreza está Progresa (Programa de Educación, Salud y Alimentación) lanzado en 1997 y cuyo nombre cambió a Oportunidades (Programa de Desarrollo Humano Oportunidades) desde 2002. Este programa de transferencias de ingreso condicionadas a hogares en pobreza extrema tiene como objetivo alentar la inversión en el capital humano de los niños (incluso desde antes de nacer) y con ello mejorar sus posibilidades de salir de la pobreza.

En 2001 se creó el Seguro Popular que empezó como programa piloto en cinco estados. En 2004 entró en vigencia la nueva Ley General de Salud que estableció el Sistema de Protección Social y su reglamento creó el Seguro Popular de Salud. El Seguro Popular tiene por objetivo dar acceso al aseguramiento médico y protección financiera a los hogares que están fuera de la seguridad social formal y de esta manera reducir la enorme inequidad que describimos líneas arriba y mejorar la atención a la salud de los hogares pobres.<sup>35</sup>

#### IV. EL PROGRAMA DE DESARROLLO HUMANO OPORTUNIDADES

Oportunidades (antes Progresa) es un programa del gobierno federal que busca romper con el círculo vicioso de la pobreza. Está dirigido a los hogares en extrema pobreza de México, tanto rurales como urbanos, y se basa en transferencias de ingreso condicionadas a que los hogares beneficiarios lleven a sus niños a revisiones periódicas en los centros de salud y los manden a la escuela. La transferencia de ingreso tiene como lógica compensar la falla del mercado de crédito. Las transferencias condicionadas a un cierto comportamiento tienen como propósito asegurar que los recursos adicionales realmente se dediquen a mejorar la salud, nutrición y educación de

entre 2000 y 2002, reflejando una expansión de cobertura significativa en el sector rural (de 11 a 18 por ciento).

<sup>34</sup> En parte, este aumento está asociado a la reciente introducción del Seguro Popular.

<sup>35</sup> Recientemente la administración del presidente Felipe Calderón lanzó el Seguro Médico para una Nueva Generación, el cual ofrecerá cobertura médica a todos los niños mexicanos nacidos en territorio nacional a partir del primero de diciembre de 2006, y que no estén cubiertos por ningún esquema de seguridad social tradicional como el IMSS o el ISSSTE.

los niños en hogares pobres y, con ello, romper la trampa de pobreza intergeneracional. La lógica de la condicionalidad reside en la preocupación de que los “padres”, por ignorancia o indiferencia, no sean buenos “agentes” del “principal”, o sea de sus hijos, y dediquen las transferencias a gastos que no redunden en mejorar el capital humano de estos últimos.

Dentro de los objetivos principales del programa se encuentran mejorar la salud y el estado nutricional en los hogares pobres (en particular de los niños menores de cinco años de edad y mujeres embarazadas o en periodo de lactancia) y la retención escolar de niños y jóvenes en la escuela primaria, secundaria y bachillerato; integrar las intervenciones en salud, educación y nutrición; redistribuir ingreso a familias en extrema pobreza y promover la responsabilidad y participación activa de los miembros de la familia en lo que se refiere a la salud, nutrición y educación de los niños. Los beneficios otorgados por el programa dependen de la composición del hogar y del cumplimiento de las condiciones planteadas por el programa.<sup>36</sup>

El programa fue iniciado en 1997 y el número de hogares beneficiados era de poco más de 300 mil. A fines de 2005 el programa otorgaba beneficios a 5 millones de familias (alrededor de 24 millones de personas, equivalente a 24% de la población mexicana). Su presupuesto asciende a 0.36% del producto interno bruto (comparado con 0.02% en 1997) y a 2.29% del gasto público programable.<sup>37</sup>

Oportunidades tiene tres componentes: educación, nutrición y salud. El componente de educación otorga transferencias de ingreso sujetas a la asistencia escolar, una transferencia adicional al terminar el bachillerato y subsidios para los materiales escolares. El componente de nutrición ofrece beneficios, tanto en ingreso como en especie (suplementos nutricionales), sujetos a la asistencia regular a una clínica. Al asistir a la clínica, entra en acción el componente de salud, en el que se ofrece información a las madres respecto a varios temas relacionados con salud y nutrición y a los jóvenes respecto a salud reproductiva y drogas; además, se realiza una serie de intervenciones básicas de salud (vacunas, medidas antropométricas, preven-

<sup>36</sup> Los detalles pueden verse en el capítulo II de Levy (2006).

<sup>37</sup> Levy (2006). Si bien el programa está a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social, la mayor parte del presupuesto de salud, principalmente asociado a la provisión de los servicios de salud, forma parte de la definición tradicionalmente usada del gasto público en salud.

ción temprana de diarrea, tuberculosis, entre otras enfermedades). Se ha estimado que, por ejemplo, el total de intervenciones de Oportunidades (en dinero y en especie) equivale a 25% del ingreso promedio —en ausencia del programa— de los hogares rurales que viven en pobreza extrema (35 dólares mensuales).<sup>38</sup>

El programa ha tenido efectos significativos en la población en extrema pobreza de México. Numerosos estudios han estimado su efecto en el consumo de los hogares, el ahorro e inversión, la salud de los niños y madres y la asistencia escolar, entre otros. Por ejemplo, en salud se encontraron pruebas de un aumento alrededor de 67% de diferencia en la demanda de servicios de salud entre comunidades beneficiarias y las que no lo eran.<sup>39</sup> Por otro lado, se observó una reducción promedio de 11% en la mortalidad infantil atribuible al programa<sup>40</sup> y, utilizando un enfoque similar, otro estudio estimó una reducción de 11% en la mortalidad materna en las comunidades rurales beneficiarias comparadas a las no beneficiarias y 2% de reducción en la mortalidad infantil.<sup>41</sup> Otros efectos se refieren a un aumento en el uso de medidas de control de natalidad en mujeres de áreas rurales,<sup>42</sup> un efecto positivo en la estatura por edad de niños y niñas,<sup>43</sup> reducción en el consumo de alcohol y cigarrillos en los jóvenes de áreas rurales<sup>44</sup> y mayor aceptación a pruebas de cáncer cervical.<sup>45</sup> Como se observa en la gráfica 4, Oportunidades es uno de los programas con mayor progresividad desde el punto de vista distributivo de la acción pública federal en el ámbito de la salud.

En educación, por su parte, se encuentra que el efecto en la matrículación en educación primaria no ha sido muy grande (entre 0.74 y 1.07 puntos porcentuales para niños y entre 0.96 y 1.45 puntos porcentuales para niñas de áreas rurales;<sup>46</sup> otros estudios han encontrado resultados similares). Sin embargo, en educación secundaria

<sup>38</sup> Esta cifra puede aumentar para familias con niños en edad escolar. En 2005 Progresa-Oportunidades otorgó en dinero y en especie el equivalente a asistencia monetaria directa de 44.30 dólares por familia por mes. Levy (2006).

<sup>39</sup> Bautista *et al* (2004).

<sup>40</sup> Barham (2005).

<sup>41</sup> Hernández *et al* (2003).

<sup>42</sup> Skoufias (2000).

<sup>43</sup> Neufeld *et al* (2004).

<sup>44</sup> Gutiérrez *et al* (2004).

<sup>45</sup> Escobar Latapi y González de la Rocha (2000 y 2003).

<sup>46</sup> Schultz (2000).

se observó un aumento de la matriculación promedio de 11% en las niñas y 7.5% en los niños de áreas rurales a dos años de establecido el programa Oportunidades.<sup>47</sup> Si se compara la matrícula antes del programa (1996-1997) con la de después del programa (2002-2003) se encuentra un incremento promedio de 24% en áreas rurales.<sup>48</sup>

Oportunidades ha tenido, además, un efecto positivo en la reducción de la pobreza. La incidencia de la pobreza (porcentaje de la población que se encuentra por debajo de la línea de pobreza asociada al programa) en 2004 se redujo 9.7% en zonas rurales y 2.6% en zonas urbanas. Se observó además una reducción de la brecha (18.7%) y severidad (28.7%)<sup>49</sup> de la pobreza en áreas rurales para el mismo año, y una reducción menor pero significativa en áreas urbanas (4.9 y 1.7%, respectivamente).<sup>50</sup>

Dado que el programa lleva apenas diez años de haberse introducido, todavía no es posible analizar su efecto en los ingresos de los niños de hogares beneficiados cuando éstos llegan a edad adulta y participan en el mercado laboral. Sin embargo, queda claro que Oportunidades está contribuyendo de manera importante a reducir algunas de las causas de las trampas de pobreza.

## V. EL SEGURO POPULAR

Como hemos visto, hasta antes del lanzamiento del Seguro Popular de Salud, el sistema de seguridad social en México mantenía a cerca de 50% de la población sin cobertura adecuada en materia de salud (véase gráfica 5). Este grupo está compuesto de trabajadores por cuenta propia, pequeños comerciantes, profesionistas independientes, productores del campo, comuneros, ejidatarios, pequeños propietarios, así como de amas de casa, estudiantes, personas con discapacidad permanente y desempleados. Algunos de ellos, los de más altos ingresos, tienen acceso a los seguros privados. La gran mayoría, sobre todo las personas de bajos ingresos, tiene acceso a los servicios

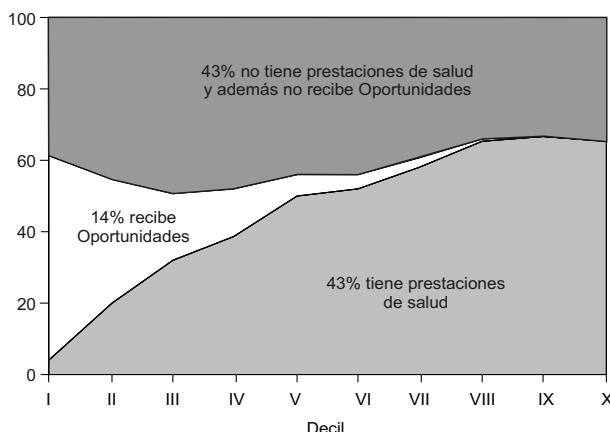
<sup>47</sup> *Ibid.*

<sup>48</sup> Parker (2005).

<sup>49</sup> La brecha de la pobreza mide la distancia media de los pobres respecto a la línea de pobreza del programa y refleja un empeoramiento o mejoramiento en las condiciones de los pobres. Por su parte, la severidad de la pobreza mide el promedio de las distancias al cuadrado de los pobres respecto a la línea de pobreza y refleja la desigualdad entre la población pobre.

<sup>50</sup> Cortes, Solís y Banegas (2006).

**GRÁFICA 5. Cobertura de prestaciones de seguridad social en salud**  
(Porcentaje)



FUENTE: Noriega (2004).

gratuitos y casi gratuitos provistos a la población abierta por las secretarías de salud (a nivel federal y estatal). Sin embargo, estos servicios son claramente insuficientes. La contraparte es el desproporcionado peso del gasto de bolsillo en el gasto total en salud que, como vimos, además de ser ineficiente, es regresivo.

Por otra parte, aunque el programa Oportunidades mejora el acceso a ciertos beneficios y a algunos indicadores clave en materia de salud y nutrición materno-infantil de los hogares pobres, éste no protege a dichos hogares de manera directa ni evita los gastos asociados a enfermedades ni las pérdidas de ingreso si el enfermo es un perceptor.<sup>51</sup> En otras palabras, Oportunidades contribuye a la acumulación de capital humano de los hogares pobres pero no los protege de los efectos de mermas idiosincrásicas de dicho capital humano. Por ejemplo, un hogar beneficiario del programa continuará recibiendo el mismo monto de apoyo independientemente de si miembros del hogar dejaron de percibir ingresos por enfermedad o de si el hogar incurre en gastos mayores (incluso catastróficos) asociados a problemas de salud de alguno de sus miembros.

En la práctica esto significa que más de 90% de la población muy pobre y cerca de 60% de la población que vive en pobreza moderada

<sup>51</sup> Tampoco contribuye de manera directa a la prevención de otro tipo de enfermedades no características del perfil materno-infantil o la salud de otros miembros del hogar.

da no tenía cobertura adecuada. Ante esta situación, ¿cuál debería ser la acción pública que promueva mayor equidad y eficiencia del sistema de salud? En un contexto ideal, ¿cuáles son las características que dicho sistema debiera tener? En términos generales, el sistema de salud en un país con el ingreso por habitante y desigualdad de México debería mejorar el promedio de los indicadores básicos, reducir las grandes desigualdades en dichos indicadores y en el acceso a los bienes y servicios para el cuidado de la salud y prevenir “nuevas” enfermedades propias de países de ingresos medio y alto (enfermedades crónico-degenerativas, como los padecimientos cardiovasculares y la diabetes mellitus). Todo esto debería hacerse al menor costo, con menores distorsiones y mayor eficiencia posibles.

En este sentido, las características deseables de un sistema de salud son que fomente tanto la equidad horizontal como la vertical,<sup>52</sup> maximice la mancomunación de riesgos, reduzca la selección adversa y el riesgo moral, facilite la portabilidad, permita múltiples oferentes de salud, garantice la solvencia del sistema en el largo plazo y resulte en una carga fiscal razonable en el tiempo.

Con estos criterios el sistema de salud mexicano presentaba y, en algunas dimensiones todavía presenta, graves deficiencias. La existencia de subsistemas de seguridad social independientes que dejan fuera a una gran parte de la población en los que la pertenencia depende de estar empleado y en un cierto sector; en los que la financiación, aseguramiento y provisión de los principales subsistemas ocurren al interior de éstos, y en los que no se ha garantizado que los beneficios ofrecidos por las instituciones de seguridad social estén actuarialemente financiados, implican la existencia de claras oportunidades de mejorar la equidad y la eficiencia.

<sup>52</sup> La equidad horizontal se presenta cuando ante las mismas necesidades en materia de salud las personas reciben el mismo acceso a servicios de salud, independientemente del ingreso. Esto se logra cuando el sistema se financia con contribuciones asociadas a la nómina o la pertenencia a mutualidades u otras maneras de aseguramiento. Desvincular el monto de la contribución (o prepago) de los beneficios otorgados en caso de enfermedad, resulta en una transferencia de personas sanas a personas enfermas y en términos generales de personas jóvenes a personas mayores. Si la seguridad social está financiada con recursos fiscales provenientes de impuestos generales, hay una transferencia a los asegurados por parte del resto de la sociedad. Esto permite introducir la equidad vertical, o sea, la redistribución de recursos de los grupos más ricos a los más pobres. La equidad vertical se incrementa en la medida en que la aportación del sector público a la financiación del sistema de salud proviene de impuestos generales si la recaudación es progresiva y/o si dichos recursos subsidian las contribuciones o los servicios y bienes del sector salud adquiridos por la población pobre.

En un mundo sin restricciones presupuestarias habría cobertura universal de todos los padecimientos y prevención de la salud financiada en su mayor parte por impuestos generales. Sin embargo, aun en un país de ingreso medio alto como México, el costo de un sistema de este tipo sería inmanejable desde el punto de vista fiscal. Por ello, se torna necesario limitar el número y tipo de intervenciones que serían cubiertos por el esquema, así como poner máximos al costo de su atención.

En la medida en que parte de la financiación provenga de contribuciones, la afiliación debe ser universal y obligatoria. De lo contrario se presentará el problema de la selección adversa: es más probable que se registren quienes tienen mayor probabilidad de padecer enfermedades o necesitar los servicios, creándose así problemas para la viabilidad financiera del sistema. Por otra parte, mantener la progresividad del sistema implica que las contribuciones deben ser subsidiadas para la población más pobre y la elaboración de este esquema debe cuidar que no se generen incentivos a “engañarlo” (subdeclarando ingresos, por ejemplo). Finalmente, en la medida en que las personas reciben los servicios sin costo o a un costo fijo, existe el problema del “daño moral”; es decir, como no representa un costo adicional, el cuidado que las personas pongan a su salud podría ser menor (por ejemplo, en prevención) que si el costo asociado a un padecimiento tuviera que ser cubierto (parcialmente) por el afectado. Por ello es conveniente introducir esquemas de participación parcial directa en el pago por parte de los beneficiarios que reciben atención médica o adquieran medicamentos (el costo ya no es igual a cero).

En síntesis, si se pudiera empezar “desde cero”, el sistema de salud debería ofrecer cobertura universal para toda la población de un número y tipo de intervenciones específicas; mancomunadas en un fondo único financiado principalmente por impuestos generales y de magnitud suficiente para garantizar la viabilidad del esquema; en que los servicios pudieran ser proporcionados de manera competitiva (por entidades públicas y servicios privados); con portabilidad de los beneficios independientemente de si la persona está empleada o no y, en caso de estarlo, independientemente del sector.

Sin embargo, en México no se está empezando “desde cero”. Las

instituciones de seguridad social llevan decenios de existencia y están arraigadas en la población. Si bien una reforma integral del sistema de salud mexicano debería hacerse de manera que permitiera la integración de los subsistemas actuales, existe, como se ha visto, el claro peligro de que una reforma de este tipo enfrente grandes obstáculos políticos y termine por empantanarse en la inacción. Por ello es importante identificar reformas que mejoren la equidad y la eficiencia del sistema de salud pero que no forzosamente impliquen la eliminación o fusión de las instituciones encargadas de la atención médica como el IMSS y el ISSSTE. Entre las reformas recientes del sistema de salud cabe destacar la reforma a la Ley General de Salud y su reglamento que dieron pie a la creación del Seguro Popular de Salud.<sup>53</sup>

El Seguro Popular es un programa de bienestar social que proporciona acceso a salud preventiva y curativa y protección financiera en caso de gastos catastróficos en salud a las familias que, por sus condiciones laborales, no cuenten con acceso a la protección en materia de salud de las instituciones de seguridad social. El Seguro Popular busca evitar que las familias que no cuentan con seguridad social incurran en gastos en salud catastróficos y empobrecedores. Ofrece un paquete de servicios de salud, el cual cubre 249 servicios médicos —incluyendo exámenes preventivos— y da acceso a 307 medicamentos asociados a las intervenciones que incluye el seguro. Estos servicios cubren alrededor de 95% de la carga por enfermedad de México. Los beneficiarios pueden acudir a los centros de salud y hospitales incluidos en la red nacional. En 2002 el Seguro Popular incorporó poco menos de 296 mil familias y para 2006 este número alcanzó casi 4 millones de familias en todo México y 12.4 millones de personas, principalmente de los dos deciles de menor ingreso.<sup>54</sup> La meta es afiliar a toda la población no cubierta para 2010.

Más allá de su nombre, el Seguro Popular no es, estrictamente, un sistema de aseguramiento y la palabra “seguro” no aparece en el texto de su legislación. Es decir, el Seguro Popular no pretende ser

<sup>53</sup> La reforma a la Ley General de Salud (LGS) y su reglamento, publicados en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF) el 15 de mayo de 2003 y el 5 de abril de 2004, respectivamente, refor- man, adicionan y dan vida al Sistema de Protección Social en Salud mediante el cual se convierte en Ley el Seguro Popular ([www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)).

<sup>54</sup> Secretaría de Salud ([www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)).

un sistema de aseguramiento que se sostenga financieramente en el tiempo. En este sentido, es un programa que de entrada plantea un proceso redistributivo de los recursos públicos federales y estatales. ¿De quién y hacia quién es la redistribución de recursos? Si bien aún no se cuenta con un análisis riguroso (del tipo que se presenta en la gráfica 4), por la manera en que está definido se esperaría que el programa resulte progresivo: o sea, que distribuya recursos de personas con ingresos relativamente mayores a personas con menores ingresos. Esta hipótesis se deriva de que, si bien los hogares afiliados tienen que pagar una cuota, el 20% de los hogares más pobres está exento y para el resto la cuota aumenta para cada decil de ingreso.

El Seguro Popular, al igual que en su momento lo fue Progresa-Oportunidades, está siendo sujeto a un proceso de evaluación de efecto realizado por un grupo independiente de académicos.<sup>55</sup> Según los autores, si el Seguro Popular es exitoso, los resultados deberán mostrar en el corto plazo un incremento en el número de prescripciones de visitas a clínicas, médicos y medicamentos, así como del número de diagnósticos. También debería observarse una disminución del gasto de bolsillo y de gastos catastróficos en salud, sobre todo en los dos primeros deciles. En el mediano y largo plazos el éxito del programa deberá reflejarse en mejoras de la salud, sobre todo de la población y zonas más pobres, así como en reducción de la desigualdad en los indicadores de salud.

La limitación del Seguro Popular es que no resuelve ciertos problemas básicos del sistema de salud. Por una parte, el sistema continúa fragmentado y así se pierde la oportunidad de mancomunar los riesgos de toda la población y ganar en eficiencia. Al ser voluntaria la afiliación y progresivas las contribuciones, potencialmente se presenta el problema de selección adversa y el incentivo a “engaños” al subsistema. Asimismo, como la población beneficiaria del Seguro Popular puede tener acceso a los servicios médicos de las instituciones de seguridad social pero pagando una contribución menor, se pueden crear incentivos a la “informalidad” o a disfrazar empleos asalariados. El orden de magnitud de la selección adversa y las dis-

<sup>55</sup> King *et al* (2006).

torsiones (o “engaños”) al sistema se tiene que determinar empíricamente. Si resultan de magnitud baja, los costos de una reforma imperfecta también serán bajos y se tendrán que contrastar con los beneficios, cuya primera ronda de estimación está en proceso. Sin embargo, si los costos son relativamente altos, buscar reformas que modifiquen la operación actual del Seguro Popular adquiere mayor urgencia. Otros problemas que no se resuelven con esta reforma al sistema de salud es la falta de competencia entre oferentes y, sobre todo, la viabilidad financiera de los subsistemas de seguridad social formal. En realidad, si es cierto que el Seguro Popular alienta la informalidad, esto último puede agravarse.<sup>56</sup>

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES<sup>57</sup>

Los estudios empíricos disponibles indican que en el caso de México la salud puede explicar alrededor de un tercio del crecimiento económico a largo plazo así como la presencia de trampas de pobreza.<sup>58</sup> El rezago y la desigualdad en indicadores básicos de salud, como por ejemplo la tasa de mortalidad infantil y materna, son significativos y el grado de avance ha sido más lento que el requerido. México tiene los recursos para plantearse metas más ambiciosas y, sobre todo, cerrar las enormes brechas que aún persisten entre regiones y grupos socioeconómicos. En este sentido, sería conveniente que en los esquemas de planeación para el desarrollo de la salud se planteen metas a nivel subnacional (estatal e incluso municipal).

Dado que el desempeño laboral y la capacidad de aprendizaje a lo largo de la vida se fundamentan en el desarrollo infantil temprano, asegurar la nutrición y la salud desde la gestación y los primeros dos años de vida constituye un elemento esencial del combate de la pobreza. Por ello, se recomienda continuar con el programa de transferencias de ingreso condicionadas Oportunidades y realizar las modificaciones requeridas para aumentar más aún su efectividad.

<sup>56</sup> Para este análisis del Seguro Popular se consultó además el documento del Instituto Nacional de Salud Pública (2005). Este documento incluye una entrevista a Julio Frenk respecto al Seguro Popular de Salud.

<sup>57</sup> Esta sección proviene del capítulo VI de Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud (2006), pp. 193-206.

<sup>58</sup> Véase Mayer-Foulkes (2001).

También será necesario instrumentar programas que contribuyan a mejorar la educación, las oportunidades de ingreso y el poder de decisión dentro y fuera del hogar de las mujeres, en zonas rurales y urbanas marginadas. La mayoría de las causas de mortalidad materna y en menores de cinco años se presenta con mayor frecuencia en las comunidades más pobres del país y actualmente ya se cuenta con opciones costo-efectivas para su prevención. Su atención prioritaria puede no sólo reducir la mortalidad para el país en su conjunto, sino también puede ser un instrumento importante en la reducción de inequidades en salud y, finalmente, de inequidades en ingreso. En particular, se recomienda establecer redes de urgencias obstétricas que gocen de capacidad resolutiva para brindar atención médica oportuna y, con ello, prevenir y tratar padecimientos hipertensivos y de hemorragias del embarazo, mismas que constituyen las principales causas de la relativamente alta incidencia de la mortalidad materna.

El monto y la distribución de la inversión en salud son inadecuados para abatir los rezagos existentes. La creación del Seguro Popular de Salud ha incrementado los recursos destinados al sistema de salud. Se estima que para lograr la meta de cubrir a las 12 millones de familias prevista entre los objetivos de este programa, el gasto en salud como proporción del PIB debiera aumentar en un punto porcentual entre 2002 y 2010.<sup>59</sup> Pero la clave será corregir cuanto antes la relación inversa entre grado de marginación del municipio y recursos públicos recibidos y vincular la reasignación de recursos al logro de las nuevas metas de salud propuestas a nivel subnacional, así como a un esquema de cobertura universal frente a riesgos de salud.

El Seguro Popular, si tiene éxito, debería reflejarse en una reducción significativa del gasto de bolsillo de los hogares pobres a la vez que aumente el número de diagnósticos y servicios médicos y acceso a medicamentos. Sin embargo, todavía no se cuenta con la información para analizar el grado en que el Seguro Popular está contribuyendo a reducir la pobreza y la desigualdad y mejorar las condiciones de salud de la población.

El actual sistema de seguridad social para riesgos de salud aún es ineficiente. Por ello se propone una reforma que no forzosamente

<sup>59</sup> Véase Secretaría de Salud (2006a), p. 9; King *et al* (2006); Hernández Llamas (2006), p. 3; Secretaría de Salud (2006b).

implica tener que eliminar o fusionar las instituciones encargadas de la atención médica. El esquema propuesto debería establecer un fondo único de financiación para la compensación de riesgos a nivel nacional. Esto permitiría obtener una gran ganancia en la eficiencia del sistema porque eliminaría la fragmentación actual. Las intervenciones de atención médica que estarían cubiertas por este fondo se tienen que identificar de manera explícita y dependiendo sobre todo de la capacidad financiera del gobierno federal, ya que su financiación provendría principalmente de recursos presupuestarios. Cualquier otra contingencia de salud deberá ser atendida por esquemas complementarios que pueden o no estar asociados al régimen laboral de los beneficiarios.

Se recomienda también permitir a múltiples instituciones ser oferentes de servicios de salud. Si bien los recursos para la atención médica saldrán del fondo único de financiación, esto no significa que deba existir una institución única para la provisión de los servicios. En particular, se puede considerar la posibilidad de que el IMSS, el ISSSTE y los servicios de salud de los estados ofrezcan los servicios que cubre este seguro, sin quedar excluida la posibilidad de que otras instituciones (públicas o privadas) puedan también participar como oferentes. Permitir la existencia de múltiples oferentes podría mejorar la eficiencia y traducirse en servicios más sensibles a las preferencias de los usuarios, como resultado de la competencia. El nuevo esquema debería garantizar la portabilidad de la cobertura de los servicios incluidos para que los beneficiarios puedan cambiar su situación laboral o su ubicación geográfica sin perder el derecho a la atención médica.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arcand, J. L. (2001), “Undernourishment and Economic Growth”, Organización para la Alimentación y la Agricultura, *The State of Food and Agriculture 2001*, Roma, Naciones Unidas.
- Azariadis y Drazen (1990), “Threshold Externalities in Economic Development”, *Quarterly Journal of Economics*, 5 (105), mayo.
- Barham, Tania (2005), “Providing a Healthier Start to Life: The Impact of Conditional Cash Transfer on Infant Mortality”.
- Bautista, Sergio, et al (2004), “Impacto de Oportunidades en la morbilidad y el estado de salud de la población beneficiaria y en la utilización de servicios de

- salud: Resultados de corto plazo en zonas urbanas y de mediano plazo en zonas rurales”, Bernardo Hernández Prado y Mauricio Hernández Ávila (comps.), *Evaluación externa del impacto del Programa Oportunidades 2004*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Bertozzi, S. M., y J. P., Gutiérrez (2003), “La brecha en salud en México, medida a través de la mortalidad infantil”, *Salud Pública* 45, pp. 102-109.
- Bloom, D. E., D. Canning y J. Sevilla (2003), “The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach”, *World Development* 32 (1), pp. 1-13.
- Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud (2006). *Macroeconomía y salud. Invertir en salud para el desarrollo económico*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Cortés, F., P. Solís e Israel Banegas (2006), *Oportunidades y pobreza en México, 2002-2004*, México, El Colegio de México.
- Dávila, E., y M. Guijarro (2000), *Evolución y reforma del sistema de salud en México*, México, CEPAL.
- Escobar Latapi, A., y M. González de la Rocha (2000), “Logros y retos: Una evaluación cualitativa de Progresa en México”, *Evaluación de resultados del Programa de Educación, Salud y Alimentación: Impacto a nivel comunitario*, Washington, International Food Policy Research Institute.
- , y — (2003), “Evaluación cualitativa del Programa Oportunidades en zonas urbanas”, B. Hernández Prado y M. Hernández Ávila (comps.), *Evaluación externa del Programa Oportunidades*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Galor, O., y J. Zeira (1993), “Income Distribution and Macroeconomics”, *Review of Economic Studies* 60.
- , y D. Tsiddon (1997), “The distribution of Human Capital and Economic Growth”, *Journal of Economic Growth*, marzo.
- , y D. Mayer-Foulkes (2002), “Food for Thought: Basic Needs and Persistent Educational Inequality”, miemografiado.
- Gutiérrez, J. P., et al (2004), “Impacto de oportunidades en los comportamientos de riesgo de los adolescentes y en sus consecuencias inmediatas: Resultados de corto plazo en zonas urbanas y de mediano plazo en zonas rurales”, B. Hernández Prado y M. Hernández Ávila (comps.), *Evaluación externa del impacto del Programa Oportunidades 2004*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hernández, B., et al (2003), “Evaluación del impacto de Oportunidades en la mortalidad materna e infantil”, B. Hernández Prado y M. Hernández Ávila (comps.), *Evaluación externa del impacto del Programa Oportunidades 2003*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hernández Llamas, H. (2006), “A ‘Politically Robust’ Experimental Design for Public Policy Evaluation, with Application to the Mexican Universal Health Insurance Program”.

- Instituto Nacional de Salud Pública (2005), “Seguro Popular de Salud. Siete perspectivas”, *Cuadernos de Salud Pública*.
- King, G., et al (2006), “A Politically Robust Experimental Design for Public Policy Evaluation, with Application to the Mexican Universal Health Insurance Program”.
- Legovoni, A., C. Bouillon y N. Lustig (2002), *Can Education Explain Changes in Income Inequality in Mexico?*, Washington, Banco Interamericano de Desarrollo.
- Levy, S. (2006), *Progress Against Poverty, Sustaining Mexico's Progresa-Oportunidades Program*, Washington, Brookings Institutions Press.
- Mayer-Foulkes, D. (2001), “The Long-Term Impact of Health on Economic Growth in Latin America”, *World Development*, 29(6), pp. 1025-1033.
- (2006), *The Human Development Trap in Mexico*, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Neufeld, L., et al (2004), “Impacto de Oportunidades en el crecimiento y estado nutricional de niños en zonas rurales”, B. Hernández Prado y M. Hernández Ávila, *Evaluación externa del impacto del Programa Oportunidades 2004: Alimentación*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Noriega Curtis, C. (2004), “Financiamiento del sistema de salud en México”, informe de la Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, inédito.
- OMS (2006), *World Health Report*, Ginebra.
- Parker, S. (2005), “Evaluación del impacto de Oportunidades sobre la inscripción, reprobación y abandono escolar”, B. Hernández Prado y M. Hernández Ávila (comps.), *Evaluación externa del Programa Oportunidades 2003*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Schultz, P. (2000), “The Impact of Progresa on School Enrollments. Final Report”, Washington, International Food Policy Research Institute.
- Scott, J. (2004), “Desigualdad en salud y oportunidades de salud en México”, informe de la Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, inédito.
- Secretaría de Salud (2004), *Informe Salud: México 2003*, México, Secretaría de Salud.
- (2005), *Informe Salud: México 2004*, México, Secretaría de Salud.
- (2006a), *Sistema de protección en salud. Estrategia de evaluación*, México, Secretaría de Salud.
- (2006b), *Boletín Electrónico del Seguro Popular, Nosotros*, año 1, número 20.
- Skoufias, E. (2000), “Is Progresa Working?”, *Summary of the Results of an Evaluation by IFPRI*, Washington, International Food Policy Research Institute.
- Van der Gaag (2002), “From Child Development to Human Development”, M. E. Eming (comp.), *Education Sector, Human Development Network*, Washington, Banco Mundial.
- Weil, D. N. (2005), “Accounting for the Effect of Health on Economic Growth”, NBER Working Papers 11455, National Bureau of Economic Research.