

La provisión de servicios de salud: Revisión teórica y empírica como base para la toma de decisiones en México

The Provision of health services: Theoretical and empirical review for decision making in Mexico

RODRÍGUEZ-MOGUEL, Jorge Antonio & JIMÉNEZ-OROZCO, José Daniel

Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

ID 1^{er} Autor: *Jorge Antonio, Rodríguez-Moguel* / **ORC ID:** 0000-0002-5617-5497

ID 2^{do} Autor: *José Daniel, Jiménez-Orozco* / **ORC ID:** 0000-0003-0880-3361, **CVU CONACYT ID:** 965498

Resumen

Los servicios de salud presentan características únicas y, por tanto, enfrentan problemas diferentes a los demás sectores de la economía. Debido a su importancia en el bienestar de las personas, la formulación de políticas públicas que afecten su funcionamiento debe hacerse con gran cuidado y suma responsabilidad; para esto, es necesario conjuntar consideraciones teóricas y datos estadísticos. A nivel teórico, sobresale el análisis de las fallas de mercado y del gobierno, sobre todo aquellas derivadas de la información asimétrica. En el caso mexicano, la evidencia empírica muestra un aumento en la participación del gasto público para los sistemas de salud, que sin duda ha permitido ampliar el número de personas afiliadas a ellos, aunque esto no significa una utilización efectiva de los mismos. Finalmente, al conjuntar teoría y evidencia, se obtiene que los recursos destinados a la salud, sobre todo públicos, además de insuficientes son ineficientes, pues una gran parte de la población debe seguir realizando importantes gastos de bolsillo para recibir atención médica, aun cuando pertenecen a alguna institución pública.

Salud, Financiamiento, Eficiencia

Abstract

Health services present unique characteristics and, thus, face a series of problems completely different from those of the rest of the economy's sectors. Due to their importance on the welfare of people, public policy's process of decision-making should be done carefully and with the utmost responsibility; therefore, it is necessary to combine theoretical considerations and statistical data. On the theoretic level, market and government failures' analysis stands out, especially when talking about asymmetric information. For the Mexican case, empiric evidence shows an increase in the participation of public expenditure in the health system, which has undoubtedly improved the number of people entitled to access to these public services, although this does not necessarily mean effective use of them. Finally, both theory and evidence suggest that health services' funding, especially public, besides being insufficient is also inefficient, because an important share of the population still has to make important out-of-pocket payments to get medical treatment, even when they are affiliated to a public health institution.

Health, Financing, Efficiency

Introducción

La salud de las personas se encuentra determinada por una gran cantidad de factores, siendo uno de los más importantes la atención médica, la cual abarca desde las acciones de prevención de enfermedades hasta el tratamiento adecuado de aquellas que no fue posible evitar. Por lo tanto, contar con un sistema de salud eficiente y de calidad, como condición necesaria para preservar el bienestar de los miembros de una sociedad, debe constituir uno de los objetivos prioritarios de cualquier gobierno.

Como se sabe, una de las decisiones económicas más importantes que deben tomarse es la asignación de recursos escasos para atender necesidades que son prácticamente ilimitadas; en este sentido, la atención a la salud no es la excepción. Sin embargo, existen una serie de características especiales y de gran relevancia para este sector que afectan su correcto funcionamiento, y que deben ser tomadas en cuenta y analizadas cuidadosamente durante el proceso de formulación de las políticas públicas que le atañen, si es que se desea obtener los mejores resultados posibles.

De no ser así, una errónea formulación de las políticas públicas en este sector, especialmente en lo relativo a los aspectos de financiamiento y provisión de los servicios, generará una mala asignación de recursos, la cual no solo resultará perjudicial para las finanzas públicas, sino que también provocará severos daños a la situación financiera de las personas y, principalmente, a su condición de salud, lo que en casos extremos podría terminar costándoles la vida.

Ante la importancia que reviste dicho análisis, en el presente capítulo se abordarán algunos de los principales elementos de los sistemas de salud. En primer lugar, se presentarán los aspectos teóricos más relevantes de los mismos, haciendo especial énfasis en los problemas originados tanto por las fuerzas del mercado como por la intervención estatal y sus interacciones, pues solo de esta manera se podrá realizar una comparación adecuada entre los sistemas públicos y privados.

Posteriormente, el estudio se enfoca en las características propias de los servicios de salud en México, a través del análisis de su estructura legal y de la presentación de datos estadísticos relevantes. Esto corresponde a la necesidad de contar con una contextualización adecuada de la realidad mexicana, la cual es sin duda un elemento clave en el proceso de toma de decisiones; de lo contrario, se corre el riesgo de emprender acciones sin sustento que pondrían en riesgo las finanzas y la salud de las personas.

Finalmente, se presentan las principales conclusiones obtenidas tras conjuntar el análisis teórico y empírico, así como la bibliografía consultada para la elaboración del presente documento.

Análisis de la sanidad bajo una perspectiva teórica

Usualmente, se considera que la mejor asignación de recursos en una economía se da a través del libre mercado, pues éste cuenta con una característica esencial: la toma de decisiones se realiza en forma descentralizada. Esto significa que las relaciones establecidas de manera voluntaria entre los participantes de un intercambio generarán diferentes precios, los cuales actuarán como señales para guiar las decisiones de los consumidores y los productores.

A su vez, este sistema de precios permite a los individuos disminuir la cantidad de conocimientos que necesitan para tomar la decisión que mejor responda a sus necesidades e intereses. Siendo así, cada consumidor únicamente debe centrarse en la cantidad y la calidad de los bienes y servicios que elevan al máximo su satisfacción³; por su parte, el productor deberá conocer cómo producir un número limitado de bienes y servicios. Si los consumidores aceptan adquirir determinado bien o servicio a un precio lo suficientemente alto que permita al productor cubrir sus costos, ambos habrán aumentando su bienestar, y la sociedad será “materialmente más rica” como resultado de este intercambio (Boudreaux, 2008).

Dado el razonamiento anterior, el sector privado se presenta como la opción más atractiva para lograr el mejor funcionamiento de la economía en su conjunto; no obstante, para que el libre mercado funcione tal como se ha descrito, deben cumplirse ciertas condiciones previas, como la existencia de un estado de derecho que garantice la seguridad sobre los derechos de propiedad y el cumplimiento de los contratos (voluntarios). Cuando estas condiciones no se dan, se generan las denominadas *fallas de mercado*, las cuales abren espacio para la intervención gubernamental (*Ibidem*).

En este sentido, la teoría clásica del bienestar propone que la intervención del gobierno debe consistir en “corregir las fallas del mercado, financiando bienes públicos, asegurando la provisión óptima de bienes y servicios que generan externalidades, compensando las fallas de los mercados de capital y de seguros, y diseñando el entorno legal para que el sector privado pueda operar eficientemente” (Parodi, 1997; 242-243).

Sin embargo, dicha intervención no es una solución perfecta para los problemas generados por el sistema de mercado, debido a los problemas inherentes a ella. Por ejemplo, al ser financiada principalmente por impuestos distorsionadores, termina produciendo pérdidas de eficiencia⁴; además, la actividad gubernamental cuenta con sus propias fallas, las cuales pueden terminar empeorando los efectos de aquellas producidas por el sector privado.

Los sistemas de salud no se encuentran ajenos a la discusión anterior, por lo que es importante determinar cuáles son los problemas y los beneficios que se presentan respecto a su provisión, tanto cuando ésta se realiza a través de agentes públicos o privados. Realizar la caracterización de los servicios de salubridad, así como la exposición de las fallas del mecanismo de mercado y de la acción gubernamental propias de este sector, serán los principales objetivos de este apartado. Posteriormente, se revisará el papel de la eficiencia en la asignación de recursos sanitarios y, para terminar, se realizarán algunas consideraciones finales de este apartado.

³ “Esto a su vez depende de lo que ‘quiere comprar’, es decir, sus preferencias, y de lo que ‘puede comprar’, lo que se expresa en los precios de los bienes y servicios y en su ingreso” (Parodi, 1997; 242).

⁴ “Teóricamente, pueden utilizarse impuestos no distorsionadores, llamados de suma alzada (lump-sum taxes), pero éstos no son factibles de ser aplicados en la práctica” (Parodi, 1997; 242-243).

Fallas de mercado, externalidades e intervención gubernamental

En sintonía con lo que se planteó anteriormente, Parodi (1997) considera que el punto de partida de la economía de la salud es “el reconocimiento de la escasez de recursos”. Ante esta situación, es importante no perder de vista el concepto del *costo de oportunidad*, presente independientemente de quién produzca los cuidados de salud, y que implica que aquellos recursos que se destinan a esta actividad dejan de ser utilizados en otras, por lo que se debe obtener el máximo provecho de éstos al menor costo posible.

Otro aspecto importante relacionado con la economía de la salud es la existencia de tres elecciones básicas⁵ que, al igual que en los demás sectores de la economía, determinan la organización de los servicios de salud (*Ibidem*):

- a. Determinar el monto a ser gastado en salud y su composición.
- b. Determinar el mejor método para producir servicios de salud, a través de la composición óptima de capital y trabajo necesarios para la provisión del servicio.
- c. Definir el método con que se distribuirán los servicios de salud entre los distintos grupos de la población.

Como estas decisiones implican una elección en cuanto a la asignación de recursos escasos entre varias alternativas, cada una de las cuales aportará ciertos beneficios, a la vez de presentar inconvenientes propios, es necesario conocer detalladamente las características intrínsecas y cruciales de los sistemas de salud, lo cual se realizará a continuación.

Para comenzar, es necesario determinar qué tipo de bien económico se está analizando al hablar de los servicios de salud. De acuerdo con Albi, González y Zubiri (2004) la “sanidad” es un bien preferente, por formar parte de los bienes y servicios que se consideran indispensables para el desarrollo de una vida satisfactoria y digna en las personas; la consideración anterior se ve fortalecida por la existencia de un amplio consenso social en el sentido de que todas las personas deberían tener acceso, como mínimo, a los servicios médicos básicos (Rosen, 2008).

A pesar de esto, debe hacerse notar que “garantizar un nivel suficiente de servicios sanitarios a toda la población no justifica, necesariamente, una provisión pública general [...] Sería suficiente, entonces, establecer mecanismos que garantizaran la sanidad a quienes por falta de recursos no pudieran costear un seguro privado” (Albi *et al*, 2004; 320).

Por otro lado, una clasificación más amplia es la realizada por Musgrove (1996), quien considera que las diversas actividades que componen la totalidad de los servicios de salud, a pesar de ser bastante heterogéneas, pueden clasificarse en tres tipos principales: *bienes públicos*, *intervenciones privadas de bajo costo*, y *bienes privados catastróficamente costosos*. Como se sabe, los bienes públicos son aquellos bienes o servicios cuyo consumo por un individuo no impide su disfrute por alguien más, y en este caso, se trata mayoritariamente de actividades preventivas.

Sin embargo, la mayoría de los cuidados de salud son bienes privados, principalmente actividades curativas y de rehabilitación, cuya principal diferencia es el costo: existen aquellas intervenciones médicas que pueden ser cubiertas con gasto de bolsillo o a través de los ahorros de los individuos, y aquellas tan costosas que se convierten en una carga catastrófica, es decir, que requieren una venta de activos o un endeudamiento tan elevado por parte de los individuos o las familias que los termina dejando en la pobreza (*Ibidem*). Vale la pena destacar que ésta no es una diferencia con un límite claro, pues lo que es asequible para un individuo o familia no tiene por qué serlo para los demás.

Al tratarse de bienes privados, la mejor manera de lidiar con la incertidumbre y los costos de las enfermedades es a través de la contratación de un seguro, pues esto permite *compartir el riesgo* (*risk-sharing*). No obstante, se debe advertir que los seguros médicos privados adolecen de diversos problemas, entre ellos (Albi *et al*, 2004):

⁵ Las dos primeras elecciones se vinculan con la eficiencia económica, mientras que la tercera se relaciona con la equidad.

- a. La falta de cobertura total, pues las empresas aseguradoras establecen limitaciones a los periodos de hospitalización, a los tratamientos cubiertos o al porcentaje del gasto sanitario del que se hacen cargo.
- b. El pago de elevadas primas que algunos grupos de población con probabilidades mayores de caer enfermos deben realizar para obtener protección, e inclusive, la negativa completa de las compañías para asegurarlos.
- c. La existencia de personas imprevisoras, quienes no contratan un seguro por falta de precaución o exceso de optimismo.

Los argumentos anteriores sugieren que es poco probable que un sistema de protección de la salud que descansa enteramente en las fuerzas de mercado sea capaz de cubrir de forma adecuada el objetivo de una protección sanitaria general (*Ibidem*). Siendo así, la intervención gubernamental en este sector parece estar justificada como un mecanismo para atender las denominadas fallas de mercado, dentro de las cuales se enmarcan los problemas ya señalados respecto a los seguros privados; cabe mencionar desde ahora que las acciones del gobierno generan a su vez una serie de problemas propios, aumentando así la complejidad de este sector.

Continuando con el análisis, es importante mencionar las principales formas en que los gobiernos pueden influir en el desempeño de los sistemas de salud, a saber (Musgrove, 1996):

- a. *Informando*, ya sea difundiendo los patrones de enfermedades, los riesgos asociados a ciertas intervenciones médicas o a ciertos hábitos (como fumar).
- b. *Regulando*, es decir, determinando cómo deben realizarse ciertas actividades privadas, por ejemplo, al establecer estándares y acreditaciones para los doctores y los hospitales.
- c. *Mandato*, que significa obligar a alguien a hacer algo, por ejemplo, cuando los empleadores deben asegurar a sus trabajadores.
- d. *Financiar* servicios de salud con fondos públicos. Éste es el tipo de intervención más sencillo de cuantificar, lo que explica el énfasis en su análisis.
- e. *Proveer* servicios de manera pública, usando instalaciones gubernamentales y personal del servicio civil.

La utilización de cualquiera de los instrumentos anteriores genera costos, los cuales deben ser comparados con los beneficios que se espera obtener de ellos; además, en muchas ocasiones es posible que dos instrumentos se superpongan, o que se requiera de un uso simultáneo.

En este último aspecto debe tenerse especial cuidado al tratar los aspectos del financiamiento y la provisión, pues generalmente se tiene la creencia de que, si el primero se hace de manera pública, el segundo también debe serlo. Sin embargo, un sistema de salud financiado públicamente podría contar con servicios provistos de manera privada, por ejemplo, eligiendo al agente privado (médico y hospital) que brindará la asistencia médica necesaria, mientras que el sector público solamente paga la factura, estableciendo límites a las cantidades que paga por cada tipo de tratamiento médico (*Albi et al*, 2004).

Cuando los gobiernos deciden llevar a cabo la provisión de los servicios de salud, es este sector quien compra los medios de producción y contrata a los médicos, siendo una de sus características principales que la libertad del usuario a la hora de elegir el médico y la institución donde quiere ser tratado es reducida o inexistente. Los sistemas de salud públicos usualmente se ajustan a uno de los dos modelos siguientes⁶ (*Ibidem*):

⁶ Otra clasificación es la provista por Connolly y Munro (1999), quienes consideran tres modelos principales: el sistema de reembolso, el de contrato directo y el integrado. Estos autores también toman en cuenta el tipo de esquema de financiación, es decir, si se trata de un esquema de financiación voluntaria o compulsiva.

- a. Los modelos de *Seguridad Social*, que son financiados mediante impuestos sobre las rentas del trabajo, denominados cotizaciones sociales. La población cubierta por estos sistemas son los trabajadores y sus familias, aunque existen ciertas prestaciones gratuitas para quienes no trabajan.
- b. Por su parte, en un *Servicio Nacional de Salud* las prestaciones sanitarias son universales y “gratuitas”⁷, pues los recursos necesarios para su financiamiento se obtienen de los ingresos generales del Estado, principalmente, impuestos.

Así pues, uno de los grandes dilemas que enfrenta la formulación de políticas públicas relacionadas con los servicios de salud es la definición del rol del gobierno y del sector privado “dado que ambos sistemas de asignación – el mercado y la planificación central – presentan lo que la literatura económica conoce como “fallas”. [...] Por lo tanto, se trata de encontrar la ‘mezcla óptima’, la mejor división de responsabilidades entre ambos”. (Parodi, 1997; 241).

Hasta el momento, la exposición anterior se ha centrado en describir las características fundamentales de los servicios de salud, algunos de los problemas relacionados con la asignación de recursos a través de los agentes privados y la manera en que los gobiernos pueden intervenir en estas actividades. Ahora, es momento de explorar más a fondo las complicaciones que rodean tanto a los agentes públicos y privados que participan en las actividades relacionadas con la atención médica, pues solo así será posible tomar decisiones que minimicen los costos y aumenten los beneficios para la población.

Para comenzar, uno de los problemas potenciales con la producción privada de servicios sanitarios radica en la existencia de ciertas áreas, como las zonas rurales, donde la demanda es muy débil, siendo “poco probable que la iniciativa privada se estableciera en estas zonas, dejando desprotegida a una parte de la población” (Albi *et al*, 2004; 324). En teoría, la producción pública podría resolver este problema, pero, de acuerdo con estos autores, la experiencia práctica no es alentadora.

En segundo lugar, otra falla de mercado a considerar es la existencia de *bienes públicos*, los cuales pueden ser consumidos por cualquier persona sin tener que pagar por ellos debido a sus características intrínsecas (*no exclusión* y *no rivalidad*), provocando que su producción deba correr a cargo del gobierno, pues ningún productor privado estaría dispuesto a llevarla a cabo. Aquí vale la pena destacar que la línea entre bienes privados y públicos no está claramente definida, principalmente por la presencia de *externalidades*, las cuales, en el caso de los servicios médicos, pueden ser tanto positivas como negativas, siendo uno de los ejemplos más destacables el de la inmunización:

“Si una persona se vacuna contra la gripe, existe una externalidad positiva, porque se reduce la probabilidad de que otras contraigan la enfermedad. Por otra parte, si se abusa de los antibióticos y se provoca la aparición de nuevas cepas de bacterias resistentes, otras personas pueden empeorar. De acuerdo con los argumentos habituales, cuando existen externalidades; la intervención del sector público puede incrementar la eficiencia” (Rosen, 2008; 219).

Otro argumento usado frecuentemente a favor de la intervención gubernamental es la presencia de un problema de tipo *agente-principal* de carácter intergeneracional. El problema que se plantea es que, si bien los adultos son capaces de elegir y contratar a sus doctores, los niños no tienen esa posibilidad, lo cual deriva en cuestionar cuál debe ser el papel del Estado cuando los padres actúan como *agentes* inadecuados para sus hijos (Musgrove, 1996). Esta es una situación particularmente sensible, pues es difícil definir la línea entre lo público y lo privado y, consecuentemente, el grado de intervención del Estado en los asuntos familiares.

De suma importancia resultan las ideas de Arrow, quien consideró la existencia de cuatro características que diferencian a la atención de la salud de los bienes estándar y que, por tanto, se utilizan para justificar la intervención gubernamental (Connolly y Munro, 1999):

⁷ Dado que cualquier derecho social se convierte en una obligación para el Estado y, por tanto, en una carga para las finanzas públicas.

- a. *Interdependencias*: dado que los individuos se preocupan por la salud de otros, la salud de un agente se convierte en un bien público. Como puede verse, este es un argumento bastante similar al de las externalidades, en tanto que busca que un bien privado sea visto como uno de tipo público.
- b. *Rendimientos a escala*: la existencia de retornos de escala y alcance en los servicios hospitalarios provocaría que en las ciudades pequeñas los hospitales locales generales poseyeran un monopolio si la provisión fuera dejada al mercado privado.
- c. *Restricciones de oferta*: este problema surge por el monopolio efectivo que sobre la oferta de asistencia médica poseen los doctores, quienes, de acuerdo con Arrow, formarían un cartel proclive a elevar el precio de los procedimientos médicos. Por esta razón existe la justificación para que el gobierno restrinja el poder de los doctores, a pesar de ser el gobierno quien concede este monopolio en primer lugar.
- d. *Información asimétrica (e información incompleta)*⁸: debido a que los mercados funcionan de manera perfecta solo cuando se cuenta con información completa, que es compartida por ambas partes del mercado (demandante y oferente), estas características generan varios problemas especiales y complejos, los cuales son: el *riesgo moral*, la *selección adversa*, la *selección de riesgo* y la *demanda inducida por el proveedor*. Debido a su relevancia, cada uno de ellos será explicado más detalladamente a continuación.

El *riesgo moral* consiste en que, cuando una persona se encuentra asegurada, tiene un incentivo para actuar de una manera distinta a la usual: las personas pueden llegar a descuidar las actividades diarias que impactan sobre su estado de salud, o bien, buscarán consumir más atención de la necesaria, debido a que no tienen que pagar el precio completo de la atención médica que requieren (Musgrove, 1996). La situación se agrava debido a la falta de incentivos por parte de los doctores para controlar los costos, lo cual genera un aumento de los mismos.

En los seguros de salud, el riesgo moral es independiente de la forma de financiamiento de los mismos, por lo que no constituye por sí mismo un argumento a favor de un tipo de provisión. Sin embargo, lo que sí genera es una justificación para controlar los gastos que pueden realizarse con dinero público, y así evitar el pago de intervenciones con poco valor médico (*Ibidem*).

En segundo lugar, como los pacientes y los doctores conocen más acerca de la naturaleza del padecimiento en comparación con el asegurador médico, se generan problemas de *selección adversa*. Esto se refiere al riesgo que corren las aseguradoras de registrar clientes cuyo costo sea mayor que el promedio de lo que puedan financiar. La respuesta natural de los mercados ante esta situación es que los aseguradores recurran a la *selección de riesgo*⁹, con la finalidad de protegerse de la combinación de bajas primas y altos costos potenciales.

La práctica anterior consiste en aumentar los recursos dedicados en actividades administrativas, o en crear barreras al aseguramiento, con la finalidad de descartar a los individuos de alto riesgo. Además de una potencial exclusión y discriminación en detrimento de la población, las acciones anteriores generan una ineficiente asignación de recursos, no solo por el aumento de los costos administrativos, sino también al crear rigideces en el mercado laboral, pues los trabajadores no son capaces de cambiar de un trabajo a otro ante el riesgo de perder su seguro (Musgrove, 1996).

Finalmente, el problema de la *demanda inducida por el proveedor* surge por el hecho de que los doctores, al saber más de medicina que los pacientes, los motivan a comprar más atención médica de la estrictamente necesaria. Como puede verse, esta situación es bastante similar a la ocasionada por el riesgo moral, por lo cual no se ahondará más en ella.

⁸ Este apartado fue complementado con información de Musgrove (1996).

⁹ En inglés se usa el término “cream-skimming”, sin traducción literal, que hace referencia a la práctica de negocios de una compañía que proporciona un producto o servicio solamente a los clientes de alto valor o de bajo costo de dicho producto o servicio, sin tener en cuenta a los clientes que son menos rentables (Connolly y Munro, 1999).

Ahora bien, a pesar de haberse presentado anteriormente diversas fallas de mercado presentes en los sistemas de salud que justifican (o intentan justificar) la intervención del sector público en estas actividades, lo cierto es que este sector no es capaz de solucionar de manera adecuada o completa todos estos problemas; los razonamientos que se realizan en contra de una provisión absoluta por parte del gobierno se conocen como *fallas de la planificación central*.

Para comenzar, los gobernantes tienden a querer tratar todos los asuntos de salud como si fuesen bienes públicos, por lo que intentan cubrir un número demasiado grande de intervenciones médicas: cuando el financiamiento y la provisión pública son insuficientes y pobremente manejados, el resultado será ineficiente e inequitativo (Musgrove, 1996). Además, dado que las externalidades no son observables, resultan bastante difíciles de cuantificar, por lo que es probable que se sobreestimen o subestimen sus efectos, generándose problemas en la asignación del financiamiento óptimo por parte del gobierno (Parodi, 1997).

Respecto a los problemas derivados de la información asimétrica, especialmente los relativos al riesgo moral, se ha argumentado que la producción pública podría controlar mejor los costos al determinar presupuestariamente el gasto total del sistema sanitario. Pero si el sector público no es muy eficiente en la asignación de los recursos, ni tiene un grado considerable de información acerca de las necesidades de cuidados médicos de los usuarios, es probable que los controles de costos vía presupuestos se traduzcan en prestaciones sanitarias insuficientes que darán lugar a colas de espera (Albi *et al*, 2004). A su vez, la urgencia por eliminar las colas de espera puede provocar que se deterioren considerablemente la calidad y la rapidez de la atención personal, el entorno material e, inclusive, la calidad clínica en general (*Ibidem*).

Por si fuera poco, como los demandantes de servicios médicos tienen una información muy limitada sobre la calidad del producto que están comprando, su valoración del mismo será muy subjetiva y generalmente basada en información indirecta e imperfecta, o en aspectos no estrictamente médicos (*Ibidem*). Este problema no es exclusivo de la provisión privada, pues el gobierno tampoco conoce la calidad “deseada” por los consumidores, provocando que sus instrumentos de intervención (*información, regulación, etc.*) sean incapaces de generar mejores resultados.

Otra crítica severa proviene de la teoría de la elección pública, la cual asume que los funcionarios gubernamentales maximizan su utilidad individual y no el bienestar social, por lo que sus acciones no siempre se comportarán en concordancia con los objetivos de eficiencia y equidad (Parodi, 1997). Esto se debe a que los burócratas, aun teniendo toda la información necesaria para tomar las decisiones que más favorezcan a la población, pueden estar más interesados en asegurar ciertas rentas u objetivos personales, aunque esto vaya en detrimento del bienestar social. Así mismo, una extensa red burocrática provoca que los costos de los bienes provistos por el sector público, principalmente cuando se trata de bienes privados, sean mayores que el mínimo posible, generando un costo en eficiencia (*Ibidem*).

“Ahora bien, un factor adicional lo constituye el hecho de que para que todo esto funcione se requiere de financiamiento, que se logra vía una estructura impositiva que puede desincentivar el trabajo y la inversión privada, apareciendo así un límite, en términos de disponibilidad de recursos, para lo que el gobierno desea hacer” (Parodi, 1997; 245).

El papel de la eficiencia y el escalamiento de los gastos en el sector salud

Considerando todos los argumentos expuestos anteriormente, parece poco probable que alguna de las dos alternativas polares (mercados y gobierno) sea capaz de brindar un servicio de salud completamente eficiente. Por lo tanto, es necesario recurrir a la denominada mezcla público–privada pues, a pesar de sus fallas, no parece posible reemplazar por completo al componente privado por el público, y viceversa. (Durán, s/f). La solución correcta, en caso de existir, dependerá entonces de la magnitud de las fallas de mercado y de la planificación central, las cuales difieren de país en país. Ahora bien, es momento de analizar otras consideraciones complementarias y de gran importancia para los sistemas de salud: la *eficiencia* y el *escalamiento de gastos en salud*.

En economía, se considera que la *eficiencia* puede ser de tres tipos: técnica, económica y asignativa, las cuales se describen más ampliamente en la tabla 8.1.

En el contexto de la asistencia sanitaria, resulta útil distinguir entre dos niveles de eficiencia asignativa: un nivel inferior, en el cual se encuentran las decisiones para asignar recursos entre diferentes procedimientos médicos, y un nivel superior, que abarca las decisiones sobre la cantidad de recursos que se destinarán a promover la salud, relativamente a otros usos del gasto del gobierno y del consumo privado (Connolly y Munro, 1999).

Tabla 8.1 Tipos de Eficiencia

En economía, se aceptan generalmente tres tipos de eficiencia:	
i.	<i>Eficiencia técnica:</i> Ésta hace referencia a la obtención de cierto nivel de producción que no podría ser obtenido con un número menor de insumos. En otras palabras, esta eficiencia se alcanza cuando, a partir de una cantidad dada de recursos, se logra obtener el máximo de resultados.
ii.	<i>Eficiencia económica:</i> Se consigue cuando, dado el precio de los factores, un nivel determinado de producción es obtenido a su mínimo costo posible. Un proceso económicamente eficiente debe serlo también técnicamente.
iii.	<i>Eficiencia asignativa:</i> Una distribución de los recursos entre los diferentes procesos es eficiente en términos de asignación si no puede generarse una redistribución de recursos que mejore la situación de una persona sin empeorar la de otra ¹⁰ . Una eficiencia en la asignación requiere previamente de una eficiencia económica.

Fuente: Elaboración propia con base en Connolly y Munro (1999), García y Gerardo (2006) y Jardón (2017a)

Debe tenerse en cuenta que cuando los gobiernos asumen la responsabilidad del gasto agregado en atención médica, la asignación de recursos se vuelve un asunto político. Así, el debate escasamente se centra directamente en la eficiencia asignativa en el nivel más alto, sino que la preocupación se da en el porcentaje del PIB que se destina a asistencia médica (Connolly y Munro, 1999). Este último aspecto, sin embargo, es sumamente importante al tratarse el *escalamiento del gasto en salud*.

El *escalamiento del gasto en salud* se ha convertido en uno de los temas más importantes en la actualidad debido a la escalada en los gastos, así como por la creciente participación de la asistencia sanitaria en el presupuesto del gobierno y como proporción del PIB, especialmente en los países de la OCDE (Connolly y Munro, 1999). Las fuerzas detrás de este aumento pueden dividirse en componentes de oferta y demanda.

Por el lado de los factores de oferta, se encuentran (*Ibidem*):

- a. *El efecto Baumol:* establece que la provisión de asistencia sanitaria es una actividad intensiva en trabajo, con limitadas oportunidades para que los adelantos técnicos aumenten la productividad, por lo que un alza en los salarios de los doctores y enfermeras tenderá a incrementar los costos.
- b. *Viabilidad tecnológica:* los avances tecnológicos implican que una gran variedad de tratamientos puedan ser ofrecidos por primera vez.
- c. *Cambios en el poder de monopolio:* este factor significa que si los doctores u otros trabajadores del ramo de la salud ganan más poder estarán en condiciones de incrementar los costos por sus servicios.

Dentro de los factores de demanda se pueden mencionar los siguientes (*Ibidem*):

- a. *Cambios en el estilo de vida:* las transformaciones en las actividades laborales y la introducción de ciertas innovaciones tecnológicas aumentan el riesgo de sufrir alguna enfermedad relacionada con un estilo de vida sedentario.
- b. *El envejecimiento de la población:* las personas de edad avanzada demandan mayores servicios médicos, especialmente después de los 75 años; estas intervenciones tienden a ser más costosas por tratarse de enfermedades crónicas.

¹⁰ Es decir, se trata de una Eficiencia en el sentido de Pareto (Jardón, 2017a).

- c. *Aumento de la riqueza*: la asistencia médica es un bien de lujo, lo que significa que su demanda aumenta más rápido de lo que lo hace el ingreso.

Sobre este último punto vale la pena destacar que no solamente se destina una mayor parte del ingreso a la atención a la salud conforme éste aumenta, sino que la participación pública del gasto total en salud también aumenta con el ingreso nacional (Musgrove, 1996). Además, ante esta situación parece surgir un patrón general: en los países con un nivel alto de ingresos el gasto gubernamental se utiliza para financiar a proveedores privados, mientras que en los países de bajos ingresos los recursos públicos se utilizan casi exclusivamente para financiar la provisión pública (*Ibidem*).

Consideraciones finales

Las condiciones anteriores generan presiones importantes sobre los gastos que se deben hacer al pasar el tiempo, con importantes consecuencias sobre la situación económica de las familias y que, en el caso del sector público, pueden terminar generando importantes déficits presupuestales, agravados por las limitaciones existentes de los recursos en general. Todo esto no hace sino reforzar la importancia de un análisis serio y profundo de las características propias de los sistemas de salud, pues las implicaciones de una deficiente toma de decisiones sin duda serán adversas al bienestar de los individuos.

A manera de conclusión, Albi *et al* (2004) sugieren que la producción privada puede ser más eficiente, al garantizar la libertad de elección del usuario y eliminar las colas de espera; sin embargo, puede conducir a un gasto excesivo, dar lugar a algunas posiciones de monopolio y cubrir de forma insuficiente aquellas zonas con demanda reducida. Por otra parte, si bien la producción pública elimina algunos de estos problemas, por ejemplo, al controlar mejor el nivel de gasto, termina limitando la libertad de los usuarios, genera colas de espera y un empeoramiento en la calidad de la asistencia

Por su parte, Connolly y Munro (1999) consideran que las limitaciones impuestas por la información asimétrica obstaculizan los intentos de los gobiernos de lograr una mayor eficiencia de costos; y si bien la competencia entre aseguradoras incrementa las presiones para lograr ese objetivo, el resultado suele ser una discriminación de la población que busca un seguro de salud. Por si fuera poco, muchas de las fuerzas que impulsan el gasto sanitario hacia arriba son inevitables, derivado de una combinación de envejecimiento poblacional, demanda elástica al ingreso y servicios intensivos en mano de obra.

Finalmente, para Musgrove (1996) ninguna de las razones que justifican la intervención gubernamental llevan por sí mismas a la conclusión de que la provisión de servicios de salud deba realizarse de manera pública, por lo que muchos de los problemas que enfrentan los países de bajos recursos respecto a sus sistemas de salud se derivan de su decisión de tratar como una misma cosa el financiamiento y la provisión. Para este autor los gobiernos deben promover la competencia en la provisión de la atención médica, no solo entre privados, sino también entre proveedores de este tipo y los públicos, pues en general sus efectos tienden a ser positivos; en donde la competencia puede ser menos deseable es en las actividades de financiamiento, pues es ahí en donde se generan problemas de selección de riesgos.

Sistema Nacional de Salud en México

Una vez que se ha realizado la descripción teórica de los sistemas de cuidado de la salud, considerando sus respectivas fallas de mercado y de la planificación central, así como su relación con los conceptos de eficiencia y con la asignación de recursos en una economía, es necesario otorgar una caracterización adecuada de la manera en que éstos se encuentran articulados para el caso mexicano, pues solamente así se podrán tomar las decisiones más adecuadas en materia de políticas públicas.

En la presente sección se estudiará en un primer momento la estructura de dicho sistema, tanto legalmente como a nivel de infraestructura y personal. Posteriormente, se presentarán algunos datos correspondientes a su desempeño en los últimos años. Para terminar, se brindarán unas consideraciones finales con respecto al desempeño del sistema de salud mexicano en los últimos años.

Descripción del Sistema Nacional de Salud en México

El reconocimiento al acceso a servicios de salud como uno de los derechos fundamentales de los ciudadanos mexicanos quedó plasmado a partir de la reforma de 1983 en el artículo 4°, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, siendo que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como la coordinación entre la federación y los estados respecto a esta materia (Martínez y Murayama, 2016). Por lo tanto, es menester realizar una asignación eficiente de recursos en la economía que permita cumplir con lo plasmado en la Constitución.

De acuerdo con la Ley General de Salud (LGS), el Sistema Nacional de Salud (SNS) está constituido por dependencias y entidades, públicas y privadas, así como por los distintos mecanismos de coordinación institucional que permiten garantizar el cumplimiento del derecho a la protección a la salud. Por su parte, la Secretaría de Salud (SSa) es la dependencia del gobierno federal encargada de “asegurar la rectoría del Estado sobre la organización de las instituciones y servicios de salud de los sectores público y privado que componen el SNS” (Martínez y Murayama, 2016; 45). Dentro del SNS se consideran tres niveles de atención médica, los cuales se describen en la tabla 8.2.

Tabla 8.2 Niveles de atención médica

i.	El <i>Primer Nivel de Atención</i> lo constituyen las Unidades de Medicina Familiar (IMSS), Centros de Salud (SSa) y Clínicas Familiares (ISSSTE). Aquí se proporcionan los servicios de salud básicos, se realizan acciones de prevención y se resuelven el 80% de los padecimientos.
ii.	El <i>Segundo Nivel de Atención</i> corresponde a los Hospitales Generales, Regionales, Integrales y Comunitarios, así como a los Pediátricos, de Gineco-Obstetricia o Materno-Infantiles, y los Hospitales Federales de Referencia de la Ciudad de México. Su atención se centra en procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, y en caso de ser necesario, se recurre a la internación, al tratamiento quirúrgico o clínico específico.
iii.	El <i>Tercer Nivel de Atención</i> se compone por los Centros Médicos Nacionales (CMN), Unidades Médicas de Alta Especialidad (Umaes), los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad. Es una red de hospitales de alta especialidad con avanzada tecnología, donde se tratan enfermedades complejas, de baja prevalencia y de alto riesgo.

Fuente: Elaboración propia con base en UNAM (s/f)

El SNS se compone de una serie de interrelaciones sumamente complejas¹¹, que pueden derivar en confusión e ineficiencia, especialmente en el sector público. Al hacer referencia al Sector Público del SNS, se encuentra que éste está dividido en dos subsectores: el denominado *Sistema de Seguridad Social* y el *Sistema de Protección Social en Salud*.

El *Sistema de Seguridad Social* incluye a cuatro de las principales instituciones proveedoras de servicios de salud que atienden las necesidades de los trabajadores del sector formal de la economía. Todas ellas se financian por medio de contribuciones tripartitas (trabajador, empleado y gobierno) y proveen a su población derechohabiente respectiva servicios de manera directa en sus establecimientos y con personal propios. De acuerdo con Martínez y Murayama (2016) estas instituciones y sus derechohabientes son:

- El *Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS), que atiende a los trabajadores formales del sector productivo privado, a los jubilados que hayan cotizado en el Seguro Social, y a sus familiares.
- El *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado* (ISSSTE) es la institución proveedora de servicios financieros y de salud a los trabajadores y pensionados del sector público, así como a sus familiares¹².

¹¹ Para una exposición ilustrativa, revisar el diagrama expuesto en Martínez y Murayama (2016; 45).

¹² Cabe mencionar que en algunos estados existen sistemas de seguridad social estatales para sus trabajadores distintos al ISSSTE (UNAM, s/f).

- El *Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas* (ISSFAM) agrupa a los trabajadores, activos y retirados, inscritos en las Fuerzas Armadas Mexicanas (Ejército y Marina), así como a sus familiares en línea directa.
- La *Gerencia de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos* afilia a los trabajadores de la paraestatal, sus retirados y beneficiarios.

Cabe mencionar también que, desde 1973, se le otorgó al IMSS “la facultad de extender sus acciones a grupos de población no contributivos, en condiciones de pobreza y marginación extrema, que el gobierno federal considere como sujetos de solidaridad social” (CIEP, s/f; 12). El nombre del programa ha ido variando a lo largo del tiempo, y actualmente se conoce como IMSS-Bienestar; sin embargo, aquí se le denominará *IMSS-Prospera*, por ser el nombre que tenía en el periodo que abarcan los datos analizados.

Por su parte, el *Sistema de Protección Social en Salud* se sustenta esencialmente a través de contribuciones del gobierno federal y de los gobiernos estatales, y está dirigido fundamentalmente a las personas que por su condición laboral no son derechohabientes de la Seguridad Social. Son dos los componentes que conforman este sistema: los *Servicios Estatales de Salud* (Sesa) y el *Seguro Popular* (SP), el cual, más que una institución, es un programa presupuestal destinado a financiar un conjunto de servicios de salud a la población que cubra con los requisitos para ser derechohabiente. (Martínez y Murayama, 2016).

Respecto a los beneficios sanitarios que ofrecen las instituciones públicas, las pertenecientes a la Seguridad Social ofrecen mayores servicios que las instituciones del Sistema de Protección de Salud. Sin embargo, la atención brindada es heterogénea entre y al interior de cada una de ellas, resultado de diferencias geográficas, administrativas y de eficiencia operativa, por lo que llega a existir un trato discriminatorio a pesar de que la titularidad del derecho sea idéntica (Martínez y Murayama, 2016).

Antes de proseguir, debe comentarse que, durante la elaboración del presente documento, se anunció la desaparición del Seguro Popular y la formación del Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI), el cual será financiado por el Fondo de Salud para el Bienestar. Debido a que esta institución todavía no ha entrado en operaciones, no se puede evaluar su desempeño, por lo que para el resto del capítulo se seguirá analizando la información relativa al SP.

Como se sabe, el Sistema Nacional de Salud también cuenta con actores del Sector Privado, compuesto por compañías aseguradoras, redes hospitalarias privadas, clínicas y consultorios de servicios médicos particulares. El acceso a este sector depende directamente de la capacidad de pago de los individuos, ya sea para contratar los seguros médicos particulares o para pagar directamente el servicio adquirido (lo que se conoce como *gasto de bolsillo*), sin importar si las personas están o no afiliadas a alguna institución pública (Martínez y Murayama, 2016).

Respecto a la infraestructura del sector salud, según datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS, s/f), en 2013 el SNS estaba compuesto por un total de 25,299 unidades de salud. De ellas, 22,228 (el 87.9%) pertenecían a las instituciones de Seguridad Social, y las restantes 3,071 unidades (12.1%) eran manejadas por el sector privado.

Finalmente, de acuerdo con la Dirección General de Información en Salud (DGIS, 2019), perteneciente a la Secretaría de Salud de México, para el año 2013 había 267,848 médicos¹³, de los cuales, el 71.7% prestaban sus servicios en instituciones de salud públicas, mientras que los médicos pertenecientes al sector privado representaron el 28.3% del total.

Por su parte, el Banco Mundial estimó que para 2016 México contaba con un promedio de 2.4 médicos por cada mil habitantes, muy por debajo del promedio de países como Suiza y Alemania, quienes presentan un valor de 4.1 médicos por cada mil habitantes.

¹³ Se refiere a médicos en contacto con el paciente, incluye médicos generales, especialistas, odontólogos, pasantes, residentes e internos.

Evolución del Sistema Nacional de Salud en México: principales indicadores

Durante los últimos años se han obtenido logros importantes en la ampliación de la cobertura sanitaria de los mexicanos, tanto por un aumento del gasto del gobierno en este rubro como por su conjunción con una serie de medidas y programas especiales, dentro de los cuales se puede destacar la creación del Seguro Popular. Así, poco a poco en México se busca avanzar en la creación de un sistema de salud universal para su población; pero los retos que han de ser superados, tales como las diferencias institucionales, son bastante considerables.

Desde la década pasada, México ha hecho importantes progresos para reducir su rezago en salud pública. Una estrategia crucial fue la creación del Seguro Popular en 2004, que en 2016 contaba con 55,619,469 personas afiliadas, es decir, el 45.5% de la población total (CIEP, s/f). Estos logros se deben en gran parte a la ampliación del presupuesto asignado a los servicios de salud, tal como puede apreciarse en la Tabla 8.3; por ejemplo, entre estos años, los recursos públicos destinados a la salud aumentaron poco más de 60%.

Tabla 8.3 Gasto total en salud en México

Miles de pesos a precios de 2017

Año	Gasto público en salud				
	Gasto total en salud (1)	Gasto público total en salud (2)	Gasto total en población sin seguridad social (3)	Gasto total en personas con seguridad social (4)	Gasto privado total en salud (5)
2000	650,346,415	284,322,990	92,221,100	192,101,891	366,023,424
2001	705,859,980	297,320,113	98,454,573	198,865,540	408,539,867
2002	739,530,863	306,579,682	103,956,536	202,623,146	432,951,181
2003	807,830,941	341,322,342	114,826,494	226,495,848	466,508,599
2004	879,941,768	387,446,031	128,378,217	259,067,815	492,495,737
2005	913,550,049	396,564,712	152,528,375	244,036,338	516,985,337
2006	945,713,778	415,934,977	167,735,972	248,199,004	529,778,802
2007	1,001,698,315	448,086,852	187,345,594	260,741,258	553,611,463
2008	953,280,462	472,742,127	214,316,830	258,425,297	480,538,335
2009	981,918,439	504,642,225	232,000,561	272,641,665	477,276,214
2010	1,022,499,415	532,173,476	241,045,026	291,128,450	490,325,939
2011	1,026,979,757	554,304,139	249,619,475	304,684,664	472,675,617
2012	1,094,707,786	592,210,164	265,780,698	326,429,466	502,497,623
2013	1,107,275,981	604,868,617	267,996,323	336,872,294	502,407,364
2014	1,090,386,209	580,581,556	270,396,101	310,185,455	509,804,653
2015	1,167,047,011	619,513,914	284,857,330	334,656,583	547,533,097
2016	1,186,147,368	621,449,520	285,090,002	336,359,518	564,697,848
2017	1,209,294,571	622,937,399	289,709,325	333,228,074	586,357,172

(1) El Gasto total en salud pública se compone de la suma del Gasto Público Total en Salud + Gasto Privado Total en Salud.

(2) El Gasto público total en salud se divide en Gasto realizado para personas sin seguridad social y para personas con seguridad social.

(3) El Gasto público total en personas sin seguridad social se compone por el Gasto Estatal en Salud + Gasto del Ramo 12 + Gasto del FASSA (Ramo 33) + IMSS-Prospera + SEDENA (A partir de 2012) + SEMAR (A partir de 2012).

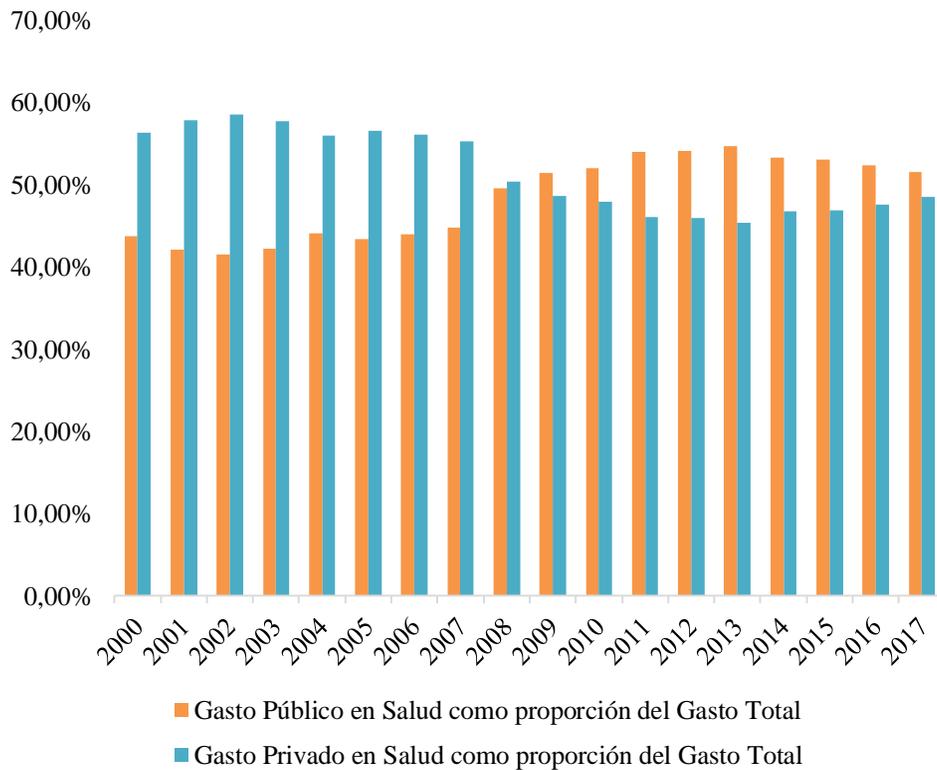
(4) El Gasto público total en personas con seguridad social se compone por el Gasto del IMSS + Gasto del ISSSTE + ISSFAM (A partir de 2012) + Gasto en Salud de PEMEX + Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas (ISSES: A partir de 2012).

(5) El Gasto privado total en salud se compone del Gasto de los Hogares + Gasto de Instituciones Sin Fines de Lucro (ISFL) + Cuotas de Recuperación + Pago de Primas.

Fuente: Elaboración propia con datos de la DGIS y el INEGI, diversas fechas de consulta

El incremento en el total de los recursos destinados a la salud no solo se debe al aumento del gasto público, pues el gasto privado también ha mostrado una importante tendencia al alza. Sin embargo, hay un comportamiento muy importante a destacar: a partir de 2009, las proporciones de participación del gasto público y privado respecto al total cambian en favor del primero. Durante un par de años, la importancia del gasto público continúa incrementándose, hasta llegar a un punto máximo en 2013 con el 54.63% de participación en el sector salud; a partir de ese momento, la brecha entre ambos tipos de gasto vuelve a reducirse, tal como puede observarse en la Gráfico 8.1.

Gráfico 8.1 Composición del gasto total en salud en México

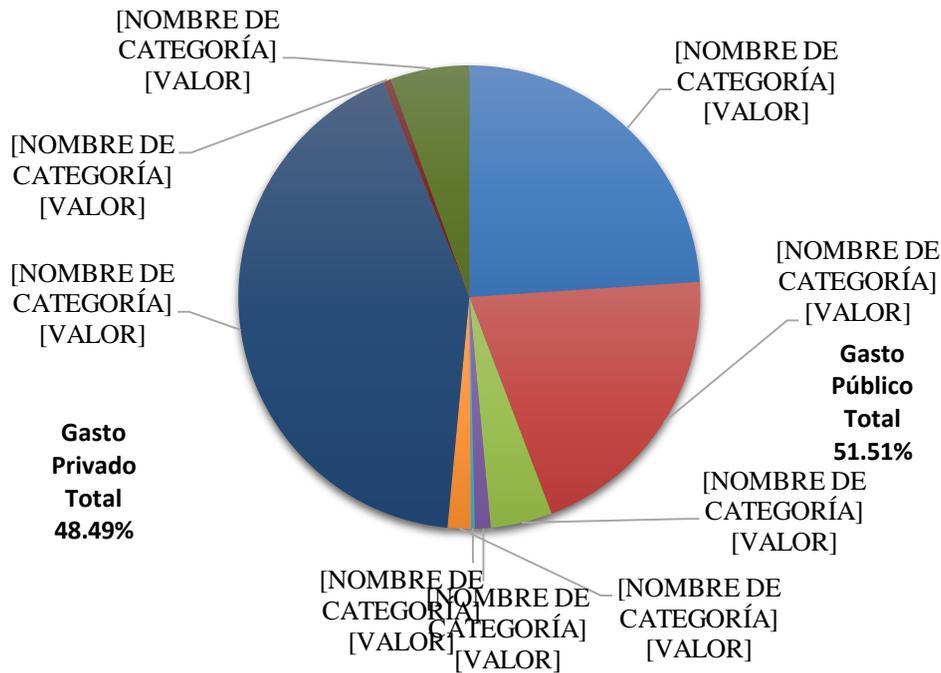


Fuente: Elaboración propia con datos de la DGIS, diversas fechas de consulta

Además de la información anterior, también es útil conocer la distribución de los recursos públicos y privados entre instituciones y servicios, lo cual se expone en la Gráfico 8.2. De ella, y de la Tabla 8.3, pueden obtenerse dos conclusiones principales:

- a. A pesar del incremento en el gasto público destinado a la población sin seguridad social, la mayor parte de estos recursos se siguen destinando a la población afiliada a las instituciones de dicho sistema.
- b. Respecto al gasto privado, la mayor parte del mismo corresponde al gasto de bolsillo (gasto de los hogares), y solo una cantidad mínima se destina al pago de seguros privados, mostrando la baja penetración de estos servicios en México.

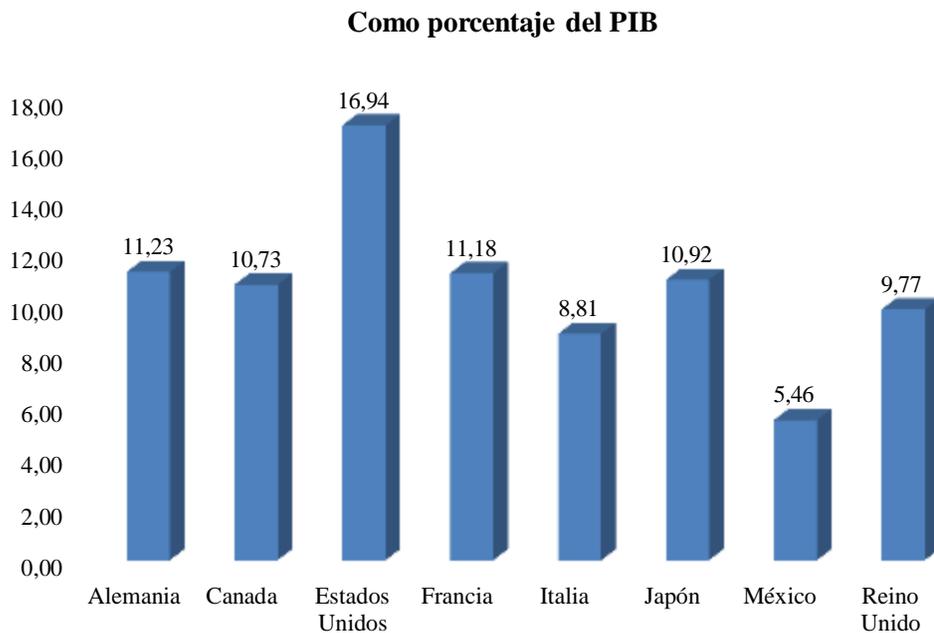
Gráfico 8.2 Distribución del gasto en salud en México para 2017



Fuente: Elaboración propia con datos de la DGIS, diversas fechas de consulta

A pesar del aumento en el total de los recursos destinados a los servicios de salud en México, sigue existiendo un rezago bastante considerable especialmente respecto a los países desarrollados¹⁴, los cuales deben servir como el ejemplo a seguir. Estas diferencias son notorias no solo en el nivel del gasto en salud respecto al PIB, sino también en términos per cápita: si bien este indicador tuvo un comportamiento ascendente desde el 2000, para 2018 se estimaba una reducción del 5.5% respecto al 2012, es decir, de \$3,826 a \$3,615 pesos per cápita. Esta reducción no solo se explica por un aumento de la población afiliada a las instituciones públicas, sino también por una contracción del 2% en el presupuesto dedicado a la función salud para el mismo periodo (CIEP, 2018)¹⁵.

Gráfica 8.3 Gasto total en salud en 2018



Fuente: Elaboración propia con datos de OCDE, diversas fechas de consulta

¹⁴ Incluso respecto a los países en desarrollo mostramos rezagos considerables: por ejemplo, para 2010, el gasto público per cápita era tan solo el 84% del realizado por Chile (Martínez y Murayama, 2016).

¹⁵ Los datos utilizados por el CIEP se encuentran en pesos constantes de 2018.

Tabla 8.4 Gasto total en salud per cápita*

Dólares de Estados Unidos a precios corrientes

Año	Alemania	Canadá	Estados Unidos	Francia	Italia	Japón	México	Reino Unido
2016	5,550	4,698	9,904	4,844	3,264	4,513	1,066	3,833
2017	5,848	4,812	10,207	4,931	3,376	4,630	1,105	3,943
2018	5,986	4,974	10,586	4,965	3,428	4,766	1,138	4,070

* El gasto total es igual a gasto público más gasto voluntario (privado).

Fuente: Elaboración propia con datos de la OCDE, diversas fechas de consulta

Los problemas del sistema de salud en México no terminan ahí, sino que se extienden también al aspecto de la afiliación. Si bien se ha incrementado el total de la población con acceso a atención médica, principalmente pública, para 2017 entre 13 y 17% de la población seguía sin contar con algún tipo de afiliación (pública o privada), aunque no cabe duda que esto representa una mejora considerable respecto al 60% del año 2000, (Martínez y Murayama, 2016). Un problema más grave es la duplicidad en los registros y las discrepancias entre los datos de diversas fuentes, lo cual no solo genera desconfianza, sino que afecta la toma de decisiones de política pública. (Véase Tabla 8.5).

Tabla 8.5 Población afiliada y no afiliada a servicios de salud pública para 2016

Número de afiliados y porcentaje respecto a la población nacional

Institución	Cifras Oficiales	Cálculo Intercensal	Ensanut*	Enigh**
IMSS	62,237,198 50.9	46,837,309 39.2	40,227,973 32.9	43,387,030 35.3
ISSSTE	13,205,535 10.8	9,210,801 7.7	8,192,323 6.7	6,863,444 5.6
ISSSTE estatal	- -	- -	855,914 0.7	1,706,119 1.4
Pemex	1,956,376 1.6	1,374,794 1.2	855,914 0.7	1,038,712 0.8
Seguro Popular	54,923,952 44.9	59,651,757 49.9	53,188,961 43.5	55,619,469 45.3
IMSS - Prospera	12,227,347 10.0	- -	- -	1,256,038 1.0
Otra***	4,035,025 3.3	5,759,399 4.8	2,200,923 1.8	1,032,322 0.8
No afiliados	- -	20,621,597 17.3	16,384,645 13.4	21,424,924 17.5
Total	148,585,433 121.5	143,455,658 120.0	121,906,653 99.7	132,328,058 107.8

* Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

** Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares.

*** Incluye servicios privados de salud.

Fuente: Base de datos del Sistema de Salud en México del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria A.C., varias fechas de consulta

Consideraciones finales

Con base en los datos anteriores, queda claro que, a pesar de los avances y logros conseguidos hasta el momento, el sistema de salud mexicano aún tiene mucho camino por recorrer antes de poder cubrir satisfactoriamente las necesidades de la población. Existen dos consideraciones principales que deben servir de base para el análisis de la situación:

- A pesar de que las instituciones públicas abarcan a la mayoría de la población, no solo no cubren las necesidades de toda la población, sino que tampoco son capaces de hacerlo con sus propios afiliados. De acuerdo con el CIEP (s/f), del total de personas afiliadas a estos servicios que necesitaron atención médica en 2016, el 13.3% (14,661,491 de personas) recibió atención en otro tipo de instituciones.

- b. Por otro lado, si bien el sector privado sigue siendo sumamente importante, la mayor parte de este tipo de gasto es de bolsillo, el cual puede tener serias repercusiones sobre el bienestar financiero de las personas. Dado que la cantidad de recursos destinados al pago de seguros sigue siendo bastante limitada (y éstos no necesariamente cubren todos los gastos requeridos), no es factible pretender derogar todo el funcionamiento de los sistemas de salud en la provisión de mercado.

Esta situación representa un doble gasto, pues no solo se está pagando por los servicios privados, sino que las contribuciones a los servicios públicos siguen existiendo (Martínez y Murayama, 2016). Un argumento que se da para explicar esta falla en la asignación de recursos es que los esfuerzos gubernamentales se han enfocado únicamente en incrementar el total de la población afiliada a los servicios públicos, “sin prestar mucha atención a los riesgos de saturación de la infraestructura y los recursos humanos y materiales destinados a la atención de la salud de los derechohabientes” (Martínez y Murayama, 2016; 31).

Lo anterior deriva, evidentemente, en un deterioro en la calidad de la atención: en promedio, el 64.8% de la población que recurrió a las instituciones públicas calificó el servicio como bueno y muy bueno, mientras que en las instancias privadas este porcentaje fue de 85.6% (CIEP, s/f). Un factor que influye en esta percepción son los tiempos de espera, que se ubicaron entre los 42 y los 91 minutos (PEMEX e IMSS, respectivamente) para el sector público, muy por encima de los 26 minutos promedio que presenta el sistema privado.

Finalmente, vale la pena mencionar un conjunto de factores que están generando presiones adicionales sobre el sistema de salubridad mexicano, a saber: la *transición demográfica* y *epidemiológica*. Por su relevancia, estos temas merecen una discusión a fondo que escapa de los alcances del presente documento, pero de los cuales se puede destacar lo siguiente: la transición de las enfermedades transmisibles a las crónico-degenerativas como principales causas de mortalidad y morbilidad, aunado al incremento en la esperanza de vida, han generado que el perfil de salud de la población se caracterice por el predominio de padecimientos prolongados e incapacitantes, por lo que para 2010 se estimaba que las mujeres vivían 11.3 años de su vida con discapacidad, y los hombres aproximadamente 10 años¹⁶ (Lozano *et al*, 2013).

Conclusiones

En la presente investigación se realizó una extensa revisión teórica acerca de las características propias de los sistemas de salud, especialmente sobre los problemas referentes a la provisión pública y privada de los mismos. En este apartado, una de las conclusiones más relevantes que puede hacerse es que, para solucionar las deficiencias presentes en ambos tipos de provisión, lo más apropiado parece ser llevar a cabo una mezcla de tipo público-privada.

Posteriormente, la presentación de la estructura y funcionamiento actual de los sistemas de salud en México brindó una contextualización necesaria para poder comprender de manera adecuada su funcionamiento; así, se facilita la identificación de los problemas y peligros potenciales del sistema en general y de cada tipo de provisión en particular. Esto facilitará idear estrategias idóneas no solo para la mejora de las políticas públicas actuales referentes a la dotación de servicios de salud pública, sino también para aquellas que siguen en gestación, como el Instituto de Salud para el Bienestar, y para el diseño de nuevas alternativas que tengan como objetivo el mejoramiento de la calidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud por parte del gobierno.

Por su parte, los datos estadísticos permitieron observar que, con el paso del tiempo, se ha tomado conciencia acerca de la importancia de contar con un sistema de salud capaz de abarcar a la mayor cantidad posible de la población, lo cual se ha reflejado principalmente en un aumento del gasto en este rubro por parte del sector público. A pesar de estos avances, México sigue muy rezagado en cuanto a la construcción de un sistema que asegure la cobertura universal para su población, pues además de que el gasto sigue siendo muy bajo y en muchas ocasiones se encuentra mal enfocado, existen deficiencias importantes en la información disponible, lo que complica aún más la toma de decisiones.

¹⁶ Para una exposición más completa y profunda de estos temas, véase: Martínez y Murayama (2016; 33-44), Cedillo *et al* (2015; 63-65), y Lozano *et al* (2013).

Al conjuntar un análisis teórico y empírico, se determinó que en el país ni los proveedores privados ni los públicos funcionan de una manera idónea (tal como sugiere la teoría). Por si fuera poco, parece que a la fecha no se ha fomentado una alianza entre ambos en la que, por ejemplo, el sector privado produzca y el público financie, buscando reducir los gastos de bolsillo de las familias al mismo tiempo de aumentar la calidad en la atención. Mientras estos dos sectores se mantengan alejados y poco integrados, existirá una ineficiencia importante en cuanto a la asignación de recursos.

Finalmente, debe destacarse que el análisis de la salud no debe limitarse únicamente a aspectos económicos de los sistemas de salud, como el financiamiento, pues muchos de los factores que más influyen en el bienestar de las personas escapan a este enfoque: los hábitos alimenticios y de trabajo, el envejecimiento poblacional o la contaminación, por mencionar algunos, son decisivos en este aspecto. En vez de una justificación para limitar los estudios al respecto, esto debe servir como un aliciente para continuar con ellos, pues solo con más y mejor información será posible encontrar soluciones adecuadas a los problemas que aquejan a los sistemas de salud en México, mejorando así las condiciones de vida de millones de personas.

Referencias

- Albi, E., González, J., Zubiri, I. (2004). Gastos sociales. En Albi, E. & González-Páramo, J. *Economía Pública*. Tomo I. Segunda edición, Ariel, España, 317-367.
- Baly, A., Toledo, M. & Rodríguez, F. (2001). La economía de la salud, la eficiencia y el costo de oportunidad. En *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(4), 395-398. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000400014&lng=es&tlng=pt. Consultado el 28 de julio de 2017.
- Boudreaux, D. (2008). Free market economy. En *The encyclopedia of libertarianism*. Libertarianism.org. Disponible en: <https://www.libertarianism.org/encyclopedia/free-market-economy> Consultado el día 20 de octubre de 2019.
- Cedillo, M., Espinosa de la Peña, R., Ocaranza, L., Zamora, E., Moreno, K., y Hernández, P. (2015). Informe sobre la salud de los mexicanos 2015. En *Diagnóstico general de la salud poblacional*. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, México, 1-200.
- CIEP (s/f). *Sistema Universal de Salud. Retos, cobertura y financiamiento*, CIEP, 136. Disponible en: <http://saludenmexico.ciep.mx/images/sistema-universal-de-salud.pdf> Consultado el día 28 de octubre de 2019.
- Connolly, S., Munro, A. (1999). Healthcare. En *Economics of Public Sector*, 360-383. Disponible en: <https://books.google.ca/books?id=fKpMSwAACAAJ>.
- DGIS (2019). *Base de datos del Gasto en Salud, por fuente de financiamiento y entidad federativa, 1993-2017*. DGIS. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/gastoensalud_gobmx.html Consultado el día 08 de noviembre de 2019
- Durán, L. (s/f). *Financiamiento y organización de los servicios de salud: una visión para el Sistema de Salud en México*. UNAM. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/04_abr_2k9.pdf Consultado el 11 de julio de 2017.
- García, A. & Gerardo, A. (2006). Pautas conceptuales para futuros estudios nacionales de la eficiencia en los servicios médicos primarios. En *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(2) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000200010&lng=es&tlng=es Consultado el 28 de julio de 2017
- Gómez Dantés, O; Sesma, S; Becerril, V M; Knaul, F M; Arreola, H; Frenk, J; (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53(2) S220-S232. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10619779017> Consultado el día 21 de julio de 2017.
- INEGI (2013). *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013*, ENESS. INEGI, 63

----- (2017). *Gasto programable del sector público presupuestal por clasificación funcional*. Banco de Información Económica, INEGI. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/bie/> Consultado el día 30 de julio de 2017.

Jardón, J. (2017a). “Equilibrio General Competitivo”. Notas de clases, 18

----- (2017b). “Fallos de Mercado”. Notas de clases, 12

Juan, M. (2014a). *Sistema Nacional de Salud Universal 2013-2018*. Secretaría de Salud, 25 de abril de 2014, 1-33. Disponible en: http://www.senado.gob.mx/comisiones/seguridad_social/docs/Mesa05_2.pdf Consultado el día 22 de julio de 2017.

----- (2014b). *Sistema Nacional de Salud Universal: experiencia en México*. Secretaría de Salud, 1-45. Disponible en: <http://www.paho.org/forocoberturagt2014/wp-content/uploads/2014/08/Sistema-Nacional-de-Salud-Universal-experiencia-en-Mexico.pdf> Consultado el día 22 de julio de 2017.

Lozano, R., Gómez-Dantés, H., Garrido-Latorre, F., *et al* (2013). La carga de enfermedades, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. En *Salud pública de México*, 2013, No. 6, 580-594. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2013.v55n6/580-594/es> Consultado el día 10 de octubre de 2019.

Martínez, J., y Murayama, C. (2016). El sistema de atención a la salud en México. En *Hacia un Sistema Nacional Público de Salud en México*, coordinadores Murayama, C., y Ruesga, S., 19-124. Disponible en: http://www.pued.unam.mx/publicaciones/28/Un_sistema.pdf Consultado el día 23 de julio de 2017.

Méndez, J. (2018). *Gasto en salud per cápita. Menos usuarios del Sistema de Salud*. CIEP, 7. Disponible en: <https://ciep.mx/gasto-en-salud-per-capita-menos-usuarios-del-sistema-de-salud/> Consultado el día 13 de octubre de 2019.

Molina, R., Pinto, M., Henderson, P., y Vieira, C. (2000). Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. En *Revista Panam Salud Pública*, 2000, No. 8, 71-83. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8795/3005.pdf?sequence=1> Consultado el día 27 de julio de 2017.

Musgrove, P. (1996). *Public and private roles in Health. Theory and financing patterns*. Banco Mundial, 97. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Musgrove-PublicPrivate-whole.pdf> Consultado el día 07 de octubre de 2019.

OCDE (2019). *Base de datos sobre el Gasto en Salud*. Disponible en: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> Consultado el día 08 de noviembre de 2019.

OECD (2017). *Health Care Utilisation*. OECD Stats. Disponible en: http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC Consultado el día 30 de julio de 2017.

Parodi, C. (1997). *Economía de las Políticas Sociales*. Universidad del Pacífico Centro de Investigación, Perú, 366.

Pasillas, L., y Zamírez, Z. (2014). *La verdadera enfermedad del sistema de salud mexicano*. En *Forbes*. Disponible en: <https://www.forbes.com.mx/la-verdadera-enfermedad-del-sistema-de-salud-mexicano/> Consultado el día 20 de julio de 2017.

Rosen, H. (2008). Seguros Sociales II: Sanidad. En *Hacienda Pública*, Harvey Rosen, Séptima Edición, McGraw-Hill, España, 216-238.

Ruíz, M. (2015). Deficiencias, retos (y absurdos) del sistema de salud. En *El Financiero*. Disponible en: <http://www.elfinanciero.com.mx/opinion/deficiencias-retos-y-absurdos-del-sistema-de-salud.html> Consultado el día 20 de julio de 2017.

SINAIS (2019). *Base de datos Recursos humanos, físicos, materiales y financieros*. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/estadisticas_gobmx.html Consultado el día 06 de noviembre de 2019.