

Las colecciones de Documentos de Trabajo del CIDE representan un medio para difundir los avances de la labor de investigación, y para permitir que los autores reciban comentarios antes de su publicación definitiva. Se agradecerá que los comentarios se hagan llegar directamente al (los) autor(es).

❖ D.R. ©, Reimpresión, 1999, Centro de Investigación y Docencia Económicas, A. C., carretera México-Toluca 3655 (km. 16.5), Lomas de Santa Fe, 01210 México, D. F., tel. 727-9800, fax: 292-1304 y 570-4277. ❖ Producción a cargo del (los) autor(es), por lo que tanto el contenido como el estilo y la redacción son responsabilidad exclusiva suya.



CIDE

NÚMERO 29

Esthela Redorta Zúñiga

**FINANCIAMIENTO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS
PÚBLICOS DE SALUD EN MÉXICO EN UN CONTEXTO
DE REESTRUCTURACIÓN E INNOVACIÓN**

Introducción

A partir de 1983, se ha desarrollado en México un profundo proceso de ajuste y cambio estructural en el Estado y en su relación con la economía. En ese contexto, la reestructuración en la prestación de los servicios de salud y el cambio en las modalidades de su financiamiento se han convertido en los temas cruciales para generar un proceso de modernización en este sector.

En los últimos años, en prácticamente todo el mundo, se han dado procesos de ajuste y cambio estructural en los sistemas económicos. Estos procesos han seguido diferentes rutas en función de las características estructurales de las formas nacionales de organización económica y política, de las coyunturas internas y externas, y de las diversas modalidades de la gestión estatal. En especial, el ajuste económico se refleja en una nueva modalidad de gestión de la salud que plantea un nuevo papel del Estado en este sector.

Los consensos sobre la relevancia de mantener y desarrollar la economía mixta, la planificación de las inversiones, la teoría del desarrollo, el papel de la empresa pública y el sector estatal de la economía, el Estado de bienestar, y los mecanismos para inducir el crecimiento y compensar la desigualdad, en suma, el reconocimiento del Estado como agente decisivo para corregir fallas del mercado, han entrado en crisis y han sido cuestionados desde distintas perspectivas que destacan las fallas del intervencionismo. Las imperfecciones del mercado de la salud requieren forzosamente la intervención del Estado; sin embargo, las fallas del intervencionismo en el mismo sector llevan a considerar la necesidad de una mayor competencia y de nuevas formas de regulación para aprovechar mejor los recursos financieros.

En México, el resultado ha sido la reprivatización de la banca, la privatización de empresas estatales, la formación de nuevos grupos financieros, la paulatina apertura y desregulación del sistema financiero y bancario, acompañada por el desarrollo de nuevos instrumentos para la competitividad internacional empresarial (*swaps*, opciones, futuros, etc.), la entrada de nuevas empresas y capital extranjeros. En particular, la introducción de *swaps* de salud ha sido un mecanismo innovador para financiar los servicios de salud. En resumen, el papel del Estado en el desarrollo económico ha cambiado notablemente. Se ha cerrado un ciclo del Estado moderno: el del Estado intervencionista. Esta situación se ha reflejado también en el área de la salud, en la que la intervención estatal, sobre todo en materia de financiamiento, ha disminuido mucho.

Ha quedado claro, a la luz de estos procesos, que ni un excesivo control por parte del Estado ni una mayor libertad mercantil serán suficientes por sí solos para lograr restaurar la confianza de los protagonistas económicos y sociales en un modelo único, que tenga la capacidad de recrear consensos y ganar hegemonía social. Un ejercicio de concertación de voluntades y mutuo aprendizaje asoma en esta perspectiva como el único camino viable que acompaña al ajuste económico, político

y social.¹ La participación de los sectores público y privado en el cambio de la mezcla público-privada en el financiamiento y la prestación de servicios de salud es la base para la innovación en mecanismos de financiamiento (Redorta, 1993).

Es precisamente en un proceso de aprendizaje de ese tipo donde se debe ubicar el objetivo del presente trabajo de contribuir al análisis de la problemática del financiamiento y al planteamiento de nuevas formas para financiar al sector salud en el país, a través del análisis de la mezcla público-privada en la prestación de servicios públicos de salud y de su financiamiento, en el marco del nuevo contexto económico y social introducido a partir de comienzos del decenio de los ochenta. Así pues, surgirá con claridad que la modernización del sector salud es inseparable de una reestructuración y un avance de la innovación en las formas de desarrollar su financiamiento y prestar sus servicios.

Para lograr su objetivo, este trabajo se divide en cuatro partes. En la primera se presenta el marco conceptual, el que se centra en la aplicación del concepto de innovación a la mezcla público-privada de financiamiento. En la segunda parte se analiza la problemática de la prestación de servicios de salud por el sector público en el país. En la tercera se presenta un paquete de políticas innovadoras para corregir deficiencias de los servicios públicos de salud, mismo que, si bien se concentra en variables vinculadas al financiamiento, incluye propuestas que trascienden a ese ámbito, gracias a la estrecha vinculación sistémica existente entre el financiamiento y la prestación de servicios. Finalmente, en la cuarta parte se concluye con algunas reflexiones sobre fuentes de recursos y mecanismos alternativos de financiamiento.

Innovación en el financiamiento a la salud: mezclas, mecanismos y variables

El concepto de innovación se elaboró originalmente en los países industrializados y generalmente se usa con referencia a actividades que se desarrollan a nivel productivo o a procesos de cambio tecnológico. La innovación se puede definir como la incorporación de nuevas maneras o métodos para hacer las cosas, tanto a nivel de procesos como de productos, lo que incluye su colocación en el mercado, la propia creación de éste en los casos pertinentes y aun la articulación de esa producción con nuevas cadenas

¹ La reforma estatal en México comenzó a partir de las políticas instrumentadas frente a la crisis de la deuda. El déficit fiscal y la privatización fueron los temas más sobresalientes de la agenda de dicha reforma. Un aspecto clave para cumplir con de las metas de política económica se localizó en el ajuste del sector público. Éste tuvo tres aspectos principales: a) la reducción de la demanda interna a través de disminuciones significativas en los niveles de gasto público y aumentos en las tasas tributarias que tuvieron como efecto una disminución del poder de compra, con la consiguiente reducción de los niveles de consumo privado y generación de superávits en cuenta corriente, b) el realineamiento de los precios clave de la economía para inducir una contracción en el poder de compra interno y estimular al sector exportador creando condiciones favorables para su rentabilidad, y c) la privatización de empresas públicas y la liberalización comercial para estimular la expansión de la inversión privada de modo más eficiente (Ayala y Cordera, 1992).

de insumos y factores.² La innovación influye de tal manera en la cantidad y el ritmo de colocación de productos y servicios en el mercado, que hoy se considera que la capacidad de incorporación de innovaciones es el factor básico del nivel de competitividad de una economía. En última instancia, en los procesos de innovación se determina no sólo en qué sector ocurre la producción y cómo es financiada, sino también quién decide cuánto, cómo y cuándo producir.

La innovación tiene alcances globales y su efecto se hace sentir en variables básicas de los servicios de salud, tales como costos de producción, costos de capital, calidad, eficiencia y toma de decisiones. En el sector salud, es importante destacar el papel que desempeña la innovación en los procesos científicos y técnicos. Por su parte, desde el punto de vista normativo, la innovación debe ser una preocupación social (pública y privada) que permita mejorar niveles de competitividad y racionalizar el funcionamiento económico; para esto, aumentar los niveles de eficiencia es un punto clave en el proceso de innovación.

En el contexto actual, la innovación en el sistema de prestación de servicios de salud en México incluye algún tipo de privatización.³ La modernización de esos servicios requiere ampliar la libertad económica y eliminar obstrucciones estatales y monopólicas para conseguir un círculo virtuoso, según el cual lo que es bueno para los individuos y empresas también es bueno para la sociedad, rompiendo así la tendencia estructural al crecimiento ininterrumpido del intervencionismo del sector público, que crea ineficiencia a partir de controles y regulación excesiva de la actividad económica y sanitaria. Los ámbitos para la innovación en los servicios de salud, de los que nos ocuparemos a continuación, son principalmente el financiamiento, la toma de decisiones, y el desempeño y evaluación en la prestación de servicios de salud.

La noción de innovación adquiere mayor complejidad en el caso de la salud, en la que los servicios y los bienes son producidos y financiados por los sectores público y privado, lo que da origen a diversas mezclas en su financiamiento y a una amplia interrelación entre éstos y la sociedad.

Hay que partir de la consideración de que el sistema de salud es un conglomerado sumamente complejo y diversificado que se compone de entidades públicas y privadas, empresas farmacéuticas y productoras de insumos, médicos, personal empleado, individuos (usuarios) y una amplia gama de bienes y servicios.

La actual mezcla público-privada se basa en la interrelación entre sectores y entre mecanismos de prestación-financiamiento de tipo público-público, privado-privado y público-privado. La complejidad de estos mecanismos se manifiesta en la variedad de áreas que abarcan (atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria), la multiplicidad de acciones involucradas en servicios personales (preven-

² Naturalmente, la fuente para el concepto de innovación es Schumpeter (1912), capítulo II, parte II.

³ La privatización de los servicios de salud —de acuerdo con la definición de Naylor— implica un cambio en la mezcla público-privada de prestadores, instituciones y mecanismos de financiamiento. Se entiende por privatización un conjunto de estrategias gubernamentales para generar o acelerar la transferencia al sector privado de la prestación del servicio y el financiamiento (Redorta, 1993).

ción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) y servicios no personales (promoción de la salud, salud ambiental, salud laboral, etc.), y la existencia de tres niveles de atención.⁴ Por su parte, la diversificación del servicio resulta de la participación en el mismo de los sectores público y privado, tanto a nivel micro como macro. Más adelante se muestra esta mezcla en dos matrices: una para servicios personales y otra para servicios no personales.

Así, por ejemplo, algunos servicios públicos, como la educación para la salud, son financiados con impuestos de ingresos fiscales. La complejidad de la mezcla se manifiesta también en la amplia gama de bienes y servicios cuya producción está a cargo del sector privado, pero es financiada por el Estado a través de la compra de medicamentos, insumos y servicios. Un elemento adicional son los impuestos que los consumidores pagan al Estado en la compra de medicamentos, así como las transferencias que realizan al sector privado vía ganancias extraordinarias en sectores habitualmente oligopólicos. Por último, se tiene la prestación de servicios médicos privados y públicos, donde intervienen médicos particulares, hospitales (públicos y privados) e instituciones públicas, en las que el usuario paga por el servicio, sea al sector privado, al sector público o a la seguridad social. Por supuesto, las combinaciones son más complejas en la realidad, sobre todo cuando se introducen regulaciones estatales de distinta naturaleza (Barr, 1987).

Estas mezclas y mecanismos son elementos que intervienen directamente en la formación de costos de cada sector, junto con otros rubros tales como los costos de inversión, administración, salarios y mantenimiento. Se puede constatar entonces que el efecto que tiene el financiamiento sobre otras variables (costos, eficiencia, calidad, etc.) es de suma importancia. Y también, por su parte, la incidencia que tienen dichas variables sobre el financiamiento es determinante para el mejor aprovechamiento de los fondos.

Respecto a la restricción de fondos que es intrínseca a la problemática de los servicios de salud, existen dos tipos de mezcla público-privada. En las mezclas con "restricción absoluta", la solución de problemas implica necesariamente disponer de recursos complementarios (por ejemplo, para el cólera o el sida); en cambio, en las mezclas con "restricción relativa" los problemas pueden mitigarse mediante un mejor aprovechamiento de los recursos existentes (OMS, 1978). En la realidad, en la asignación y utilización de los recursos se da una combinación de los dos tipos de mezcla (absoluta y relativa), puesto que casi siempre existen problemas de índole dual por resolver. Las acciones privadas y grupales (o solidarias) en la prestación y financia-

⁴ La prestación de servicios de salud se divide por niveles de atención: el primero comprende todas las unidades o centros de salud que proporcionan servicios preventivos y atención de tipo ambulatorio, en su mayoría prestados por médicos generales y/o médicos pasantes y/o personal de enfermería y/o personal técnico auxiliar; también incluye consultas generales. El segundo nivel comprende todos los hospitales generales, incluyendo consultas especializadas, en cuyos servicios se encuentran cuatro especialidades básicas: ginecobstetricia, pediatría, cirugía general y medicina interna. El tercer nivel corresponde a grandes hospitales de alta especialización y a institutos nacionales de investigación en salud.

miento de servicios de salud refuerzan estas mezclas, las que dependen de los diferentes niveles de presencia y peso que tenga la acción del Estado (en el entendido de que no hay un tamaño óptimo para éste), en un marco condicionado, a su vez, por el contexto internacional.

En el estudio de las mezclas en el financiamiento existen dos grupos de variables que pueden ser objeto de innovación, tanto en su conceptualización como en su manejo. El primero se refiere al tipo de recursos que se utilizan, por ejemplo, transferencias, ganancias e impuestos, mientras que el segundo tiene en cuenta las fuentes o procedencia de los fondos que se usan en el sector y los mecanismos para su captación. En el presente trabajo sólo se desarrollará el segundo grupo de variables, ya que no existen datos disponibles sobre el primero, pese a su relevancia.

La problemática del sector público en la prestación de servicios de salud

La problemática de los servicios públicos de salud se puede situar básicamente alrededor de tres puntos: 1) *financiamiento*, donde se consideran directamente los costos y la eficiencia (sin que estos dos últimos dependan necesariamente del financiamiento), mismos que repercuten, a su vez, en la calidad del servicio y en la capacidad de innovación tecnológica; 2) *toma de decisiones*, que involucra, entre otros aspectos, la distribución del presupuesto entre los servicios y la organización de éstos, y 3) *coordinación, desempeño y evaluación*, que abarcan la administración, el mantenimiento y la regulación y, por lo tanto, implican esfuerzos para reducir la falta de información y de coordinación y las duplicaciones en el sistema de salud. Cabe mencionar que entre estos puntos hay traslapes y que el problema financiero está presente en todos directa o indirectamente.

Como punto de partida para analizar los problemas de la salud en México, es necesario considerar que el sector salud ha sido afectado negativamente por la crisis económica, los sismos de 1985 y la rigidez del aparato administrativo público para responder a los cambios requeridos. Para comenzar el estudio de esa problemática es conveniente partir de una serie de hechos estilizados que la caracterizan,⁵ mismos que se presentan a continuación.

Hechos estilizados de la problemática de la salud

Aumento en los costos de la prestación de los servicios

Es sabido que el aumento generalizado de los costos de los servicios de salud es difícil de contener, incluso en los países más desarrollados. Esta situación se agrava en países

⁵ Por hechos estilizados (*stylized facts*) se entiende una serie de hipótesis que se presentan a partir de información parcial que impide que puedan ser sujetas a una prueba rigurosa.

en desarrollo por los incrementos permanentes en los insumos y la tecnología para la salud (generalmente importados), lo que representa un problema financiero de gran importancia.

El financiamiento a los servicios de salud se ha visto afectado por los recortes del presupuesto, mientras que el número de asegurados continuó en aumento. Adicionalmente, algunos sectores de la población (principalmente la clase media) que disminuyeron su ingreso y que habían estado utilizando los servicios médicos privados buscaron la cobertura del sector público. Se puede mencionar también que los problemas financieros provocados por ciertos procesos, tales como el crecimiento de la población, su envejecimiento, el deterioro de la salud y el surgimiento de nuevas enfermedades, han aumentado y diversificado las demandas de atención a la salud. Aunado a esto está la necesidad de ampliar las instalaciones, que lleva también a que se incrementen los costos.

A medida que se modifica el perfil epidemiológico, es decir, que se da un mayor peso de la enfermedades crónico-degenerativas, y las lesiones, sube el costo de las demandas de salud correspondientes, al tiempo que es muy reducida la posibilidad de hacerles frente a nivel individual.⁶

La recuperación de los costos directos (mantenimiento permanente del servicio, conservación de equipos e instalaciones, y administración) no es posible en las acciones de atención a la salud que se refieren a los pobres y a la población abierta, que es la mayoría de la población, lo cual representa un grave problema financiero. Por ejemplo, por el lado de las cuotas de recuperación en las instituciones de asistencia social, las aportaciones por los servicios de salud son mínimas, pues corresponden a los bajos niveles de ingreso de la población. En la Secretaría de Salud y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), órganos del gobierno federal, el acceso está abierto a toda la población que lo demanda y, en lo fundamental, los recursos económicos con los que operan provienen de las transferencias fiscales del gobierno.

De forma indirecta se puede verificar el aumento de los costos de la atención de la salud de la población a partir de la constatación del elevado dinamismo relativo de los precios en ese sector. En 1992, al igual que en los tres años precedentes y según la clasificación del índice nacional de precios al consumidor por el objeto del gasto, los subíndices que arrojaron incrementos más elevados fueron los correspondientes a los servicios, entre los que se encuentra salud y cuidado personal, con 16.8% de incremento de diciembre de 1991 a diciembre de 1992 (Banco de México, 1993). Por otra parte, se constata que, entre 1988 y 1992, el índice nacional de precios al consumidor en gastos de salud y cuidado personal subió más que el índice general y

⁶ En 1992, entre las enfermedades crónico-degenerativas destacan enfermedades del corazón, hipertensión arterial, *diabetes mellitus*, fiebre reumática y cáncer; éstas son muy costosas en su tratamiento si no se previenen a tiempo (Cruz y Valdés, 1992). Para el caso del cáncer, se ha logrado bajar su incidencia —y por lo tanto los costos— con el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino (IV Informe de Gobierno de Carlos Salinas de Gortari, 1992).

que todos los índices correspondientes a los bienes comercializables como, por ejemplo, alimentos o ropa; otros índices que muestran un elevado dinamismo son los que corresponden a gastos en otros servicios no comercializables, tales como educación y transporte (véase el cuadro 1).

A nivel de instituciones, una comparación de los costos de atención de salud en 1987, en términos de gastos anuales por persona, arroja las siguientes cifras: DIF: 12 dólares, Secretaría de Salud: 44 dólares, ISSSTE: 62 dólares, IMSS: 69 dólares, y Pemex: 182 dólares, mientras que en Coplamar era de 7.5 dólares (Mesa-Lago, 1992). Un costo que se ha venido incrementando es el que corresponde a la administración de los servicios de salud y la seguridad social. Así, por ejemplo, en el ISSSTE, en 1990, ese concepto absorbió cerca de 12.2% de sus recursos.⁷

Dinámica procíclica del gasto público en salud

En lo que respecta al gasto neto en salud correspondiente a la seguridad social y a la población abierta, éste ha tenido un comportamiento básicamente de tipo procíclico (véase el cuadro 2).

Teniendo en cuenta el aumento de la cobertura que se muestra más adelante en este trabajo, se podría afirmar, por un lado, que ha debido aumentar la eficiencia del gasto en salud y que, por otro, se debe haber deteriorado la calidad de los servicios correspondientes, por las peores condiciones de salud prevalecientes en la mayoría de la población. Por su parte, los ingresos de la seguridad social también tuvieron un comportamiento procíclico en términos reales, y cabe resaltar que el ingreso correspondiente al IMSS se ha incrementado sensiblemente en los últimos años (véase el cuadro 3).

Por lo que respecta al gasto público durante el periodo 1982-1988, el gasto en atención a la salud se redujo en términos reales. El gasto público en salud como porcentaje del PIB tuvo su nivel más bajo en 1988, cuando fue de 2.8%, recuperándose en 1992 a 3.8%, nivel ligeramente superior al de 1980 (véase el cuadro 4). Como consecuencia, el gasto per cápita en términos constantes tuvo una tendencia a la baja a partir de 1980, aunque se empieza a recuperar en 1988. En 1990, su nivel real (1 033 pesos de 1980) no alcanza aún el correspondiente a 1980 (1 303 pesos).

Crecimiento de la infraestructura, cobertura y servicios de atención a la salud

El número de unidades médicas de atención se incrementó 86% durante el periodo 1980-1990,⁸ pasando de 7 269 a 13 504 (véase el cuadro 5). Sin embargo, estos indicadores reales del crecimiento de la cobertura de servicio no permiten precisar la población beneficiada, puesto que ésta, en alguna proporción, repite su filiación en dos

⁷ En 1990, se destinó a gastos de administración un monto que superó los 1.5 billones de pesos (Valdés, 1991).

⁸ Incluye IMSS, ISSSTE, IMSS-Solidaridad, DIF y SSA.

o más instituciones (González y De Alba, 1992).⁹ Es decir, existe una cobertura múltiple en el registro, que puede amparar a una persona varias veces por instituciones diferentes, o sea que existe un crecimiento relativo de la cobertura. Si además se consideran las consultas externas realizadas y los egresos hospitalarios, se puede constatar que existe una correspondencia no directamente proporcional entre el crecimiento de la infraestructura del servicio y el servicio propiamente dicho (véase el cuadro 6).

Insuficiencia y altos costos de la inversión

Pese a la relativa ampliación de la cobertura, existe una clara insuficiencia de inversiones en el sector, misma que ha llevado a deficiencias y huecos que han dado origen a una baja productividad en el sector. Los gastos de inversión tienden a presentar un gran dinamismo en un periodo de recuperación del gasto social. Respecto a la infraestructura construida y al mejoramiento de la capacidad instalada mediante la terminación de obras en proceso y la rehabilitación, conservación y mantenimiento de la infraestructura existente, en 1991-1992 se terminaron 275 unidades de primer nivel y 19 hospitales (véase el cuadro 7). Destacan, en 1992, la puesta en marcha del Centro Médico Nacional Siglo XXI en el Distrito Federal y el fortalecimiento de los servicios asistenciales de alta especialidad del IMSS, con la construcción de 10 unidades de investigación clínica. La Secretaría de Salud (SSA) y el IMSS ampliaron, remodelaron y habilitaron cerca de mil unidades médicas.

Entre los costos que hay que considerar están la inversión en la construcción de instalaciones y equipo, la depreciación, los gastos de alquiler, etc. La distribución de tales costos entre instituciones ha tendido a variar a lo largo del tiempo. Así, por ejemplo, 60% de los costos de construcción, equipamiento y operación en la creación del IMSS-Coplamar fueron financiados por el gobierno federal y 40% por el IMSS; posteriormente, la transferencia de este programa a los estados significó que se perdió la contribución y el apoyo institucional del IMSS (Mesa-Lago, 1992).

Acelerada transición demográfica

La transición demográfica en México ha implicado el aumento de la población que demanda servicios a un ritmo más rápido que los recursos, por la creciente proporción de personas de edad avanzada que registra el país.¹⁰ El país adoptó desde 1973 una

⁹ Los indicadores de cobertura utilizados en los cuadros que se presentan en este apartado se refieren a la población derechohabiente en el caso de la seguridad social, o a la cobertura potencial en el caso de la población abierta. Aunque sería mejor poder utilizar datos de cobertura usuaria para la seguridad social y de cobertura real para la población abierta, ello no es posible dadas las limitaciones de la información disponible.

¹⁰ La población en México ha pasado por cambios significativos en lo que va del siglo XX. El tamaño de la población ha aumentado aceleradamente: en los últimos 50 años, se cuadruplicó, al pasar de 19.7 millones de habitantes en 1940 a cerca de 48.2 millones en 1970 y llegar a 81.1 millones en 1990 (Valdés, 1991).

política demográfica cuya legitimación y aplicación, principalmente en programas de población y planificación familiar, se ha traducido en un crecimiento regulado de la población. La tasa anual de crecimiento de la población continúa en descenso, ya que pasó de 3.0-3.2% en los años sesenta y setenta a 2.1% en 1990 (véase el cuadro 8). En buena medida, la dinámica demográfica de crecimiento regulado ha sido consecuencia de la combinación de: a) la disminución persistente de la mortalidad, en especial de la infantil, y b) el aumento de la natalidad, seguido de una baja de la fecundidad (Valdés, 1991).

Por otra parte, México ha pasado de ser una nación eminentemente rural a una esencialmente urbana. Hace cincuenta años, la primera representaba poco más de 65% de la población; ahora está por abajo de 33%. El flujo migratorio interno ha ocasionado un fenómeno dual: una alta concentración de la población en unas cuantas ciudades y una gran dispersión en el medio rural. Las tres principales zonas metropolitanas del país (México, Guadalajara y Monterrey) albergan a más de la cuarta parte de los mexicanos; en cambio, 14% de la población vive en más de 110 000 comunidades con menos de 500 pobladores cada una (Valdés, 1991).

Creciente nivel de vida y mayores aspiraciones de la población

Pese a la crisis, ha habido una tendencia de largo plazo al aumento de las expectativas sobre vivienda, agua potable, nutrición, etc. Esto es resultado de un proceso natural de la sociedad, una consecuencia del desarrollo económico y social del país. Adicionalmente, el crecimiento de la población también lleva a que aumenten las necesidades. Por su parte, la expansión de las ciudades o de áreas urbanas hace que las regiones rurales se conviertan en regiones semiurbanas. Los nuevos patrones de consumo que se generan, unidos al acceso de la población a la información sobre ellos, provocan que las aspiraciones de la población rural crezcan. También la migración del campo a la ciudad es un elemento que presiona en el aumento de las necesidades.

La evolución de esta variable trae consigo una problemática propia que debe ser encarada de forma eficiente, tanto por parte del sector público como del sector privado. Cabe señalar que se han instrumentado programas sociales globales como el de solidaridad, el alimentario y el de abasto, que se proponen combatir la pobreza y evitar que aumente el deterioro de las condiciones de vida (González y De Alba, 1992). Pese a los avances que se registran en términos de atención y mejoramiento nutricional (véase el cuadro 9), existe evidencia de que aún no han logrado mejorar sustantivamente el nivel de vida de la población.

Aunque algunos indicadores agregados (mortalidad infantil y esperanza de vida) siguieron mejorando en la década de los ochenta, existen algunos indicios de que los niveles de salud se deterioraron en otros aspectos como consecuencia de reducciones reales en el gasto público. Así, el ISSSTE ha informado de una mayor incidencia de desnutrición infantil y de decesos por deficiencias nutricionales. En 1988, 15% de los niños menores de 5 años padecía agudas deficiencias nutricionales y 2.3% sufría deficiencias crónicas, cifra que se eleva a más de 4% en regiones rurales del sur del país (OCDE, 1992).

Es importante estudiar las causas del deterioro de la salud (modernidad, deterioro ecológico, hábitos, etc.) para bajar los costos involucrados. El deterioro se debe, muchas veces, a problemas de comportamiento y hábitos, especialmente fumar, el abuso de bebidas alcohólicas y de fármacos, y los problemas conexos de seguridad y tráfico, también al tipo de alimentación, en particular los problemas de obesidad, etc. Es importante resaltar que, aunado a estas causas, están las precarias condiciones de vida que tiene una parte importante de la población.

Por otro lado, ha habido cierto avance en los indicadores sociales —mortalidad infantil, esperanza de vida, acceso a agua potable, ración nutricional (calorías)— que ya habían mejorado rápidamente durante el periodo de desarrollo estabilizador (1964-1970) y durante la década posterior. A pesar de los fuertes y prolongados recortes en el gasto social después de 1982, en los años ochenta continuaron las mejoras en lo que respecta a esperanza de vida, mortalidad infantil y acceso a agua potable, electricidad y drenaje (véase el cuadro 10).

Rápido desarrollo de la tecnología médica

El desarrollo de la tecnología médica ha ido acompañado de mayores costos y de poca capacidad financiera para adquirirla. Este desarrollo tiende a un uso intensivo, tanto de capital como de recursos humanos calificados.

Como primer problema, destaca que el desarrollo de innovaciones tecnológicas en el país, y en general en América Latina, ha sido tradicionalmente muy bajo; 95% de la tecnología incorporada a los servicios de atención a la salud de la región es importada (Peña, citado en Cruz y otros, 1992).

En México, el diseño de prototipos de equipos médicos en salud se realiza fundamentalmente en filiales de grandes empresas extranjeras, y son escasas las instituciones o empresas nacionales que se han dedicado a desarrollar sistemáticamente tales prototipos. En una encuesta levantada en 1989 a empresas productoras, distribuidoras y que prestan servicios a dispositivos médicos en el área metropolitana, se observó que sólo 23% de ellas producía sus propios artículos, en tanto que 70% se dedicaba a distribuir productos, en su mayoría de importación. El 7% restante se dedicaba a dar servicios de mantenimiento, instalación y venta de accesorios y partes (Cruz, 1991).

A su vez, también destaca la baja inversión en actividades de investigación y desarrollo tecnológico en la industria privada. En la misma encuesta se observó que 59% de las empresas tenía planes de expansión; sin embargo, la inversión en actividades de investigación y desarrollo era muy baja, ya que 66% de ellas no invirtió cantidad alguna por este concepto durante 1988. Asimismo, se ratificó la hipótesis de que la relación de las industrias con los centros de investigación y desarrollo tecnológico era muy pobre, pues se observó que sólo 39.9% del universo encuestado tenía interés en promover tales vínculos y, de dicho porcentaje, sólo 40% presentaba vínculos en proceso (Cruz, 1991).

Por el lado del sector público, durante la década de los ochenta se observó una contracción de las actividades de investigación y desarrollo de tecnología, que se expresó

en la caída del presupuesto y en el descenso en el número de proyectos, lo que repercutió directamente en el sector salud. Entre 1980 y 1987 se observó una baja progresiva de la participación del gasto en ciencia y tecnología en el PIB de 0.54% a 0.20% (Conacyt, 1990). Sin embargo, ya en 1991 se observaron signos de recuperación del gasto público en este rubro, que pasó a representar 0.38% del PIB (Cruz y otros, 1992).

En materia de normatividad del desarrollo científico, el sector salud cuenta con procesos que permiten regular la investigación en sus aspectos metodológicos y técnicos, los relacionados con la ética y la bioseguridad, las instancias dictaminadoras y los sistemas de registro de investigación a nivel nacional. Esto ha posibilitado la promoción de la investigación de excelencia y la formación de recursos humanos de alto nivel. Asimismo, se cuenta con un sistema nacional de registro de la investigación que ha permitido detectar las áreas que se están desarrollando y los vacíos por cubrir. Sin embargo, queda mucho por hacer en cuanto a la incorporación del conocimiento científico y su aplicación en los servicios de salud y en la formación de recursos humanos en el sector educativo.

También se han logrado avances significativos en lo referente a la regulación de la demanda de insumos utilizados por las instituciones, en especial en cuanto a cuadros básicos de medicamentos, material de curación, implantes y prótesis, y equipo. Asimismo, se ha avanzado en la normalización de los procesos de compra por medio de la consolidación de compras y de la planeación de las adquisiciones basada en presupuestos por programa. Sin embargo, es todavía común la incorporación acrítica de tecnología, misma que genera problemas serios que incluso llegan a poner en riesgo la vida de los pacientes. Al respecto, es necesario diseñar una estrategia integral de valoración de la tecnología que permita regular su incorporación en el sector salud en sus diferentes fases. Éstas abarcarían los procesos de selección, adquisición, incorporación a las unidades, capacitación, instalación, mantenimiento y uso de las nuevas tecnologías.

Acelerada transición epidemiológica

La transición epidemiológica ha implicado el cambio y surgimiento de nuevas enfermedades, tales como el estrés, las enfermedades cardíacas, las enfermedades de origen nervioso, el aumento de accidentes, diarreas, el resurgimiento del cólera, el sida, etc. Tal como se plantea en la primera parte de este trabajo respecto a la restricción de fondos, es necesario asignar o utilizar "fondos absolutos" y "fondos relativos" dependiendo de la magnitud y trascendencia del problema por enfrentar.

La transición epidemiológica se refiere al perfil de salud y enfermedad de una población durante un periodo determinado. El término describe el proceso gradual de sustitución de las enfermedades infecciosas y la hambruna por las enfermedades degenerativas como principales causas de muerte. En su concepción original, la transición epidemiológica comprende tres movimientos fundamentales: 1) el paso del predominio de las infecciones comunes y la desnutrición como causas principales de muerte al de las enfermedades crónicas degenerativas, las lesiones y las enfermedades

mentales; 2) el cambio en la preponderancia de la mortalidad de los niños a los viejos, y 3) un cambio en el significado social de la enfermedad, la que deja de ser algo agudo para convertirse en un estado crónico y a menudo estigmatizado (Valdés, 1991).

El proceso de transición epidemiológica experimentado en México durante este siglo difiere del ocurrido en países desarrollados. En particular, Frenk y colaboradores (citado en Valdés, 1991) han propuesto una interpretación de la transición epidemiológica denominada modelo prolongado y polarizado. Éste se caracteriza por cuatro atributos principales:

1) *Traslape de etapas.* Las etapas no necesariamente son secuenciales, ya que se pueden superponer. En México persisten enfermedades propias del subdesarrollo, algunas de ellas connotadas como desatendidas, tales como la desnutrición, las diarreas, la amibiasis, la tuberculosis, el dengue y el paludismo, así como las propias de un estilo de vida urbano, tales como el cáncer, la *diabetes mellitus*, las cardiopatías, los tumores malignos, la cirrosis hepática y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, así como padecimientos derivados de la vida urbana, de manera conspicua las adicciones (véase el cuadro 11).

2) *Contratransiciones.* La progresión de cambios de perfiles de morbilidad es reversible; enfermedades que se habían controlado surgen de nueva cuenta. Tal es el caso, por ejemplo, del paludismo, el dengue y recientemente el sarampión.

3) *Transición prolongada.* Esto quiere decir, la falta de resolución de la transición en un sentido definido.

4) *Polarización epidemiológica.* Se observan desigualdades en salud entre grupos sociales y económicos, con lo que se produce una polarización epidemiológica. Las enfermedades atacan con mayor severidad a los grupos menos favorecidos y se concentran en las regiones con menos posibilidades; los diferenciales en los indicadores de morbilidad y mortalidad, así como los de salud positiva, son más marcados entre grupos y regiones.

La transición epidemiológica que experimenta el país se ha caracterizado por acelerados cambios en los indicadores de salud y en los tipos de daño que afectan a los grupos de población. Estos cambios fueron resultado de una transformación de patrones de conducta, de las condiciones económicas, del proceso de urbanización y del aprovechamiento de los avances en la ciencia y la tecnología de salud (Valdés, 1991).

Hasta este punto se han analizado varios aspectos de los problemas globales de los servicios de salud. A continuación se analizará la problemática más específica del financiamiento y los factores o prácticas que la afectan.

Financiamiento

Insuficiencia de recursos

a) *Definición de las necesidades fundamentales.* El problema de la falta de fondos debe considerarse en relación con las necesidades fundamentales de salud. Debe haber una

cuidadosa determinación de cuáles son esas necesidades y también definir la extensión o límites de todas las actividades relacionadas con la misma. Hay que identificar diferentes grados de necesidades fundamentales de acuerdo con el nivel de pobreza de la población en consideración: 1) la población extremadamente pobre, es decir la que tiene condiciones precarias de vivienda, alimentación y servicios; 2) la pobreza extrema absoluta, que es la que sufren las personas que no pueden ni siquiera garantizar una ración nutricional diaria mínima y que no tienen dónde vivir, es decir, que su grado de pobreza es absoluta y que viven en condiciones de desamparo permanente,¹¹ y 3) pobreza moderada, la que es relativa y depende de la etapa de desarrollo del país (OCDE, 1992).

b) *Definición de actividades relacionadas con la salud.* No es fácil definir la extensión o los límites de las actividades relacionadas con los servicios de salud. Es evidente que en la definición quedan comprendidos los servicios y la actividad personal. El problema radica en determinar cuáles actividades deben ser excluidas y cuáles incluidas. Por ejemplo, entre las primeras están actividades de construcción de instalaciones, formación de personal de salud, investigación, cuidado de personas de edad avanzada e inválidos, etc., pero también hay que considerar a la medicina tradicional. La noción de “actividades de salud” tiene un alcance mucho más amplio que los simples servicios de salud; en realidad incluye a todos los factores de la sociedad que influyen en la salud.

Aunque la mayoría de las actividades relacionadas con la salud sufre insuficiencia de recursos, no puede afirmarse que todas las causas de la elevación de los costos sanitarios son razonables desde el punto de vista de la relación costo-beneficio. Esto implica que puede haber maneras más acertadas de gastar dinero que las actuales.

c) *Interacción entre instalaciones, equipo y personal adiestrado.* En general, una parte importante de los gastos en servicios de salud está vinculada a construcción, equipo, y formación y capacitación de personal. En la práctica, la definición de los servicios de salud tiende a realizarse según lo que hace el personal capacitado, el material que utiliza y las características de las instalaciones físicas. Ante la carencia de recursos, es muy importante la capacitación adecuada del personal y la interacción con las instalaciones y el equipo.

Origen de los costos crecientes

La insuficiencia generalizada de fondos descrita es especialmente grave en un contexto en el que los costos de los servicios de salud han aumentado más rápidamente que el costo general de vida, como se mostró con anterioridad. Una de las razones de esta dinámica es la creciente utilización que hace la población de los servicios de salud, la que, a su vez, obedece a diversos factores: más educación, mejores medios de transporte, mayores recursos disponibles, etcétera.

¹¹ Las entidades más pobres del país son Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Hidalgo y áreas marginadas del Distrito Federal.

El aumento, a tasas crecientes, de los gastos de salud está asociado también a la expansión de los programas de seguridad social que encauzan una mayor proporción de la riqueza nacional hacia el sector de la salud, reduciendo así en gran medida las barreras económicas que dificultan el acceso a los servicios de salud. Al mismo tiempo, se han hecho adelantos costosos en tecnología médica que, de ser incorporados, requerirían una gran inversión, la que podría ser muy cara en términos de dólares, por el alto componente de insumos y equipos importados necesarios para su funcionamiento. Por otro lado, han aumentado las aspiraciones de la población y, a medida que van siendo mejores los beneficios de los servicios médicos, siempre se espera que sea mayor el gasto que se destine a la salud en proporción al PIB (OMS, 1978).

Gastos con escasa eficiencia productiva

Cualquiera que sea el volumen de los fondos disponibles, es común que los mismos se empleen con graves ineficiencias, y con frecuencia se orientan a programas poco eficaces en función de los costos. Se destina demasiado poco a programas de bajo costo y alta eficiencia; tal es el caso de la lucha contra enfermedades infecciosas y desnutrición, así como el tratamiento de éstas.

Al mismo tiempo, la definición de las funciones del personal y la capacitación y utilización de la mano de obra son inadecuadas; así, por ejemplo, cuando se confía el manejo de equipo complicado y costoso a personal insuficientemente adiestrado, ello puede dar origen a importantes pérdidas.

Otra causa importante es el uso de médicos para actividades que podrían ejecutar enfermeras calificadas a un costo muy inferior. A partir de datos sobre el número de enfermeras y de médicos por millar de personas (véase el cuadro 12), y teniendo en cuenta la experiencia internacional, se puede afirmar que, en el país, la relación enfermeras-pacientes es menor que la que sería adecuada.

También el uso de tecnología inapropiada es causa de gastos poco productivos en relación con los costos. La ausencia de un sistema de evaluación integral del ciclo de la tecnología y de una estructura institucional que opere dicho sistema repercute en dificultades para decidir de manera efectiva y pertinente la selección de tecnologías adecuadas a las necesidades para la atención a la salud de la población. Así, se ha detectado en unidades de primer nivel de atención, que alrededor de 30% de los equipos que se utilizan está fuera de servicio por falta de mantenimiento y escasez de refacciones. También se han incorporado entre cinco y siete marcas diferentes de equipos, lo cual complica el mantenimiento de los dispositivos médicos (Cruz y otros, 1992). Por su parte, la ayuda externa puede dar lugar al mal aprovechamiento de los suministros si no se ajusta a los objetivos nacionales.

La falta de registros y datos públicos fidedignos implica generalmente una planificación defectuosa, más aún en un contexto en el que hay un amplio desconocimiento de la realidad por la carencia de información, como es el caso, en particular, de los servicios privados de salud.

La ineficiencia administrativa causa derroche de los fondos disponibles, lo que se

complica adicionalmente por la rigidez de las administraciones locales del presupuesto en cuanto a su disponibilidad a tiempo.

Carencias en eficiencia, calidad e innovación tecnológica

a) *El problema de la eficiencia y de la calidad.* El problema de la eficiencia en las clínicas u hospitales públicos está muy relacionado con la estructura de costos y la escasez de recursos por persona atendida, los que en los últimos años han tendido a bajar aún más, dada la ampliación relativa de la cobertura. También existe un uso inadecuado de material, equipo y recursos humanos que contribuye a agravar este problema. Es natural entonces que el tema de la eficiencia domine las propuestas privatizadoras.

Algunas causas del deterioro de la calidad en los servicios de salud fueron la disminución del gasto y la baja del salario. Durante el periodo 1982-1988, el gasto público en atención a la salud se redujo en términos reales. Los trabajadores de la salud, al igual que la mayoría de los demás asalariados, sufrieron cortes reales en sus ingresos, a los que hay que agregar las reducciones de personal y la ya mencionada ampliación de la cobertura. La inversión pública bajó de 10.4% del PIB en 1982 a 5.6% en 1987; estas severas restricciones en el presupuesto repercutieron en el gasto asignado a salud, que en ese periodo tuvo una disminución del 23%. A finales de la década pasada hubo una leve mejoría, lo que permitió pasar de 1.75% del PIB dedicado a salud a 2.76 en 1988, 3.0 en 1989, 3.2 en 1990, 3.7 en 1991 y 3.8 en 1992 (OCDE, 1992 y SSA, 1991).

La calidad de los bienes y servicios en el sector público está muy influida por el cumplimiento de metas de producción o cuantitativas, y no por niveles de calidad o normas que los consumidores demandan.

En México, los servicios de primer nivel tienen una calidad muy baja respecto a los de segundo y tercer nivel; es ejemplo de ello la dudosa prescripción de antibióticos que muchas veces no están correctamente indicados. La consecuencia de esta práctica, y muchas otras más, es el desperdicio de recursos, ya que lleva a que el paciente pida nuevas consultas. Todo esto implica el uso inadecuado de los recursos por un servicio deficiente (Ruelas, 1992).

Ante el deterioro de los servicios y las restricciones financieras a causa de la crisis económica y las políticas de ajuste de la década pasada, es necesario contar con mecanismos que permitan garantizar a los pacientes y sus familias una atención adecuada, dependiendo del modelo de gestión de que se trate.

En el sexenio 1988-1994 se le asignó un valor importante dentro de la política pública de salud a la calidad de los servicios de salud a nivel nacional y regional. En 1989 se creó la Unidad de Estudios sobre la Calidad de la Atención a la Salud. Más recientemente, la Secretaría de Salud publicó una norma técnica para evaluar la calidad de la atención médica y así encontrar alternativas para garantizar la misma y poder diseñar una estrategia integral de calidad. El interés de buscar una mejor calidad es fundamental por la necesidad de controlar costos innecesarios tanto en los insumos

como en los servicios. La eficiencia y la calidad son dos componentes indisolubles de la atención a la salud (Ruelas, 1992).

b) *La innovación tecnológica y la calidad.* En lo que se refiere a la innovación tecnológica, es difícil su introducción por la escasez de recursos financieros y por la poca flexibilidad característica de ese mercado. Por otro lado, los servicios públicos de salud no se ven obligados a acelerar la innovación para ampliar su influencia en el mercado, en gran medida porque no enfrentan presiones competitivas. La falta de innovación tecnológica repercute en la calidad de los servicios de salud y afecta directamente a los costos, como se mostró anteriormente.

La situación de los recursos tecnológicos y científicos en nuestro país es muy complicada y, en los hechos, es un área dependiente de los países desarrollados. En este campo, se ha tratado de combinar el potencial del mundo industrializado con el conocimiento local y aplicar la nueva tecnología desarrollada y donada por el primer mundo; eso implica, muchas veces, un uso inapropiado de los recursos en relación con la situación y necesidades de nuestro país, y no necesariamente mejora la calidad de los servicios. Otro problema relacionado es que el gasto en hospitales de alta tecnología en zonas urbanas no tiene proporción con el gasto de la atención primaria en zonas rurales.

Toma de decisiones, distribución de los recursos y organización de los servicios de salud

Toma de decisiones

La toma de decisiones tiene que ver con la organización, las instancias y el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y, a su vez, tiene efectos sobre la eficiencia, la distribución de los recursos, el acceso a los servicios y la distribución rural y urbana de los mismos. También existen factores extraeconómicos y objetivos diversos y polivalentes que complican aún más el proceso de toma de decisiones.

Hay cuatro áreas fundamentales de acción de los servicios de salud: atención médica, salud pública, asistencia social y regulación sanitaria. El Sistema Nacional de Salud está integrado por tres componentes (tomado de Cruz y Valdés, 1992): el sector salud, los servicios de salud en las entidades federativas, y los sectores social y privado. A su vez, el sector salud está formado por dos ámbitos: el programático y el administrativo. El ámbito programático comprende los programas y funciones de las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE) y de otros componentes de la administración pública federal que prestan servicios de salud (SSDDF, Issfam, Ssmarina, Sspemex).

El ámbito administrativo comprende a la Secretaría de Salud (SSA) y se integra, además, por dos subsectores: 1) la asistencia social a cargo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y 2) los institutos nacionales de salud, que incluyen 10 instituciones orientadas a la atención especializada, a la investigación y a la formación de recursos humanos de alto nivel.

El sector social incluye a las agrupaciones no gubernamentales que prestan servicios de salud, principalmente vinculadas a la asistencia social, mismas que están integradas, en su mayoría, a la Junta de Asistencia Privada.

El sector privado está formado por un cuerpo heterogéneo de personas físicas y morales, y dentro de él se encuentran la medicina tradicional, las terapias alternativas, la atención ambulatoria, los hospitales y los seguros médicos privados.

En suma, las decisiones dependen en gran medida de las responsabilidades que atañen a los prestadores de servicios públicos o privados. También dependen del nivel jerárquico de los funcionarios y de la situación económica y política del país.

La fragmentación de las instituciones públicas de salud ha determinado la creación de grandes aparatos administrativos que se encargan tanto de financiar como de prestar servicios. Se trata de una organización vertical que concentra diversas fases y niveles de organización de los servicios dentro de cada institución, pero sin que haya integración horizontal entre las instituciones. Esta concentración interna con segmentación externa encierra muchas limitaciones, pues elimina la presencia de instancias externas que pudieran ejercer presión para una eficiente toma de decisiones (Frenk, 1992).

Organización de los servicios de salud y asignación desigual de los recursos

Poco más de la mitad de la población tiene acceso a la atención médica a través del sistema público de seguridad social: 47% está cubierto por el IMSS y 10% por el ISSSTE; en conjunto, estas instituciones representan 90% de los asegurados. El resto se compone principalmente por personal militar y empleados de empresas estatales (electricidad, ferrocarriles, petróleo), los cuales tienen sus propios programas y cuentan con más recursos que los demás derechohabientes (OCDE, 1992). En cuanto a la organización de la población abierta, el papel fundamental le toca a la Secretaría de Salud, que presta atención al resto de la población, para la cual, en principio, el acceso es libre.

El esquema descrito anteriormente muestra con claridad que la organización de los servicios de salud y la asignación desigual de los recursos favorece a ciertos grupos de población respecto a la población abierta no cubierta por la seguridad social.

En lo que se refiere a sectores marginados de la población, se cuenta también con planes especiales financiados públicamente. Para llenar una brecha en la cobertura, el IMSS, a principios de la década de 1970, lanzó un programa de prestación de atención médica básica en las zonas rurales de 17 estados. Posteriormente, un organismo descentralizado, la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar), fue creado para brindar protección social (salud, nutrición, vivienda, educación) a los habitantes de zonas rurales marginadas; ese organismo coordina sus acciones con el IMSS desde el año 1979. Además, el Instituto Nacional Indigenista (INI) presta servicios de salud gratuitos a comunidades indígenas seleccionadas, y el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) suministra atención médica a familias urbanas. En diciembre de 1988 se creó el Programa Nacional de Solidaridad, que proporciona ayuda básica efectiva a personas que se encuentran en extrema pobreza, refuerza a los programas anteriormente mencionados y los amplía para

hacerlos llegar a sectores más necesitados que no siempre pueden ser alcanzados por la política general.

Mala distribución geográfica de la cobertura

Éste es un problema grave que reviste formas extremas. Existen grandes disparidades en la cobertura de los estados; menos de una quinta parte de la población está asegurada en algunos de los estados más pobres, siendo la calidad y la posibilidad de acceso mucho menores para la población abierta que para los asegurados (véase el cuadro 13). La distribución desigual de recursos, aunada a la escasa cobertura de la seguridad social en algunos estados, implica que la mayoría de la población en los estados fundamentalmente rurales de bajos ingresos tiene poco acceso a la atención médica.

Diferencias en el uso de los servicios, según los diversos grupos de ingreso

La distribución del ingreso ha sido tradicionalmente desigual. La combinación de políticas de estabilización y alta inflación durante la década de los ochenta afectó a las familias de menores ingresos más que a las de altos ingresos. Las estimaciones de la proporción del ingreso personal después de impuestos que se apropia el 10% de los individuos de más altos ingresos (el decil más alto, es decir, el decil X) varían entre 35 y 50% (contra 26% en promedio para los países de la OCDE), mientras que el 20% más bajo recibía menos de 5% del ingreso total. El coeficiente de Gini, que pasó de 0.429 a 0.469 entre 1984 y 1989, muestra que hubo un aumento de la concentración del ingreso de las familias en ese periodo.¹² Los coeficientes de Gini calculados sobre la base del ingreso per cápita podrían ser mayores (peor la distribución del ingreso), ya que el tamaño de las familias es en promedio más alto en las de más bajos ingresos (véase el cuadro 14). Entre 1984 y 1989, la proporción del ingreso global apropiada por el decil más alto es creciente, y el coeficiente de Gini para los nueve deciles inferiores siguió constante, lo que sugiere que todos los costos del ajuste fueron pagados por este sector de la población, mientras que sólo el 10% más alto de las familias quedó exento de ellos.

Concentración urbana de los servicios

Existe una concentración desproporcionada de gastos de salud en zonas urbanas en comparación con el limitado número de servicios de que disponen las comunidades rurales. La capacidad de atención médica se concentra en zonas urbanas, en tanto que

¹² El coeficiente de Gini es un indicador de la distribución del ingreso entre las familias de una economía, clasificadas según estratos de ingreso, generalmente en deciles. Este coeficiente puede tomar valores entre cero y uno; cuanto más se acerque su valor a uno, peor será la distribución del ingreso; a su vez, cuanto más se acerque su valor a cero, mejor será la distribución del ingreso. Para una definición de este coeficiente, véase Lambert (1989), pp. 34-35.

importantes segmentos de la población habitan en regiones aisladas. A su vez, hay un incremento del número de camas y de personal médico asignado a la prestación de servicios de salud para individuos no asegurados y con bajos ingresos (auspiciado por el Pronasol). Dentro del grupo integrado por los sectores informales de la fuerza de trabajo (agricultores medios, así como pobladores urbanos que trabajan por su cuenta) se observaron nuevamente fuertes disparidades entre la población rural, en gran parte no cubierta, y la población urbana, mejor protegida. Aunque los indicadores detallados son pocos, las mejoras en las condiciones de salud se han distribuido de manera muy desigual a nivel regional. La esperanza de vida que, en promedio general, llegó a 70 años en 1990, fue de sólo 40 años para los sectores más pobres de la población en zonas rurales, aunque es de 75 años para los sectores de altos ingresos (OCDE, 1992).

Para ayudar a los estados más pobres, el gobierno ha establecido un programa de salud exclusivamente destinado a ellos (Chiapas, Guerrero, Hidalgo, áreas marginadas del Distrito Federal y Oaxaca), el Programa de Apoyo de Servicios de Salud para la Población Abierta (PASSPA), con el fin de coordinar todos los servicios de atención a la salud básica brindados a los pobladores no asegurados por las autoridades de salud estatales e IMSS-Solidaridad. Dicho programa integra los servicios de salud para reducir la incidencia de enfermedades comunes entre los pobres, mediante información sobre planeación familiar y nutrición básica complementaria, provista en cooperación con los programas de Pronasol y Conasupo.¹³

El gobierno está llevando a cabo un esfuerzo importante para que sea más equitativo el acceso a los servicios de salud pública, aumentando los recursos a ellos asignados. Este objetivo se está persiguiendo mediante la ampliación de la cobertura del sistema de seguridad social y, en especial, mediante la expansión de la cobertura de los servicios básicos para los pobres no asegurados.

Las autoridades están buscando formas de mejorar la eficiencia y encontrar otras fuentes de financiamiento para los servicios de salud. Se está efectuando un proceso de racionalización y descentralización para atender la preocupación acerca de la eficiencia. Estos procesos implican considerables cambios institucionales: la Secretaría de Salud conserva la responsabilidad plena para determinar las prioridades sectoriales y coordinar el uso de los recursos, así como para ampliar la cobertura en favor de quienes la necesitan. Sin embargo, las responsabilidades operativas en lo que a la prestación de servicios de salud se refiere, se están transfiriendo gradualmente de la federación a los estados. El proceso se ve obstaculizado en algunos estados por falta de personal adiestrado, con capacidad administrativa y aptitudes profesionales adecuadas. Se está realizando también la consolidación de servicios proporcionados a los no asegurados por la Secretaría de Salud y por IMSS-Solidaridad. Otro objetivo del gobierno es trasladar algunos recursos de la atención médica hacia el cuidado de la salud básica, como la ayuda nutricional (OCDE, 1992).

¹³ OCDE (1992) muestra que a este respecto se han logrado resultados significativos en Pronasol: seis millones de personas tienen acceso ahora a los servicios médicos en instalaciones nuevas o remodeladas (unidades médicas rurales y hospitales).

Elevada participación de los servicios correspondientes al tercer nivel de atención en relación con los de atención básica

Las instituciones del tercer nivel de atención están representadas por los institutos nacionales de salud y el Hospital Infantil de México. Dentro de sus actividades se destacan la investigación, la atención médica otorgada a la población abierta y la formación de recursos humanos de alto nivel de calificación y que se concentran en zonas urbanas, en especial el Distrito Federal.¹⁴

Por su parte, para proporcionar servicios de alta especialidad a la población de escasos recursos en localidades alejadas, se continuó con el Programa de Cirugía Extramuros.¹⁵ Finalmente, hay que tener en cuenta la existencia de un mercado privado de servicios de salud vinculado más a la riqueza de las familias que a las necesidades de salud de la población en su conjunto.

Concentración de gastos en servicios curativos en comparación con los gastos en servicios preventivos

La atención curativa es de interés primordial para el sector salud. En 1991, las instituciones de salud otorgaron 123 millones de consultas generales y de especialidad, cifra que aumentó a 133 millones en 1992. Ese año se generaron cerca de 3 millones de egresos hospitalarios, cantidad similar a la obtenida el año previo.

En lo que respecta a la participación de los servicios, sobre todo en el segundo nivel de atención, en el total de servicios de salud, el cuadro 15 muestra, para el periodo 1982-1992, el peso que tienen las consultas especializadas y las intervenciones quirúrgicas en relación con las consultas externas generales.¹⁶

¹⁴ En el periodo 1990-1991 se realizaron las siguientes actividades de atención de tercer nivel: 1) 948 886 consultas, cifra sólo 0.5% menor a la obtenida en 1988; 2) 48 371 egresos hospitalarios, cifra 1% inferior a la de 1988; 3) 2.7 millones de análisis clínicos y 536,704 estudios de gabinete, en apoyo a las acciones de atención médica; 4) 1,014 cursos, cifra 7% superior al número de cursos impartidos en 1988, y 5) 97 investigaciones en la áreas de investigación básica, clínica, servicios de salud, tecnológica, epidemiológica y sociomédica (*IV Informe de Gobierno de Carlos Salinas de Gortari, 1992*). La mayoría de estas acciones corresponden al Distrito Federal y su zona metropolitana. Es pertinente señalar que los institutos nacionales de salud subrogan servicios al ISSSTE, IMSS y Pemex.

¹⁵ Los institutos nacionales de salud efectuaron alrededor de 1 500 eventos quirúrgicos en 85% de las entidades federativas del país (SSA, *Informe de labores, 1990-1991*). En cambio, para el periodo 1991-1992 se efectuaron mil intervenciones quirúrgicas, y 516 eventos médicos en 26 entidades federativas en el periodo anterior a 1991-1992 (*IV Informe de Gobierno de Carlos Salinas de Gortari, 1992*).

¹⁶ En la atención médica especializada destaca la aplicación del Programa Nacional de Trasplantes, que cubre 130 establecimientos de salud en 20 entidades federativas, donde se efectuaron 800 trasplantes, 763 en humanos y el resto en animales (*IV Informe de Gobierno de Carlos Salinas de Gortari, 1992*).

Deficiencias en la coordinación, desempeño y evaluación de los servicios públicos de salud

El desempeño del sector salud y de sus instituciones depende en gran parte de la eficiencia en la asignación de recursos y de mecanismos de evaluación que permitan corregir desviaciones. Una administración eficiente implica coordinar los recursos disponibles; pero, en el país, la aplicación adecuada de principios y mecanismos de control y vigilancia es difícil, pues generalmente no existen indicadores adecuados o se aplican con mucha discrecionalidad.

La diversa procedencia de los fondos, con frecuencia da lugar al establecimiento de programas de salud aislados entre sí y sin un criterio estricto de equidad. La falta de coordinación más grave y común es la que se registra entre los gastos de la Secretaría de Salud y las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, Issfam, etc.). El origen de ésta es que existen diferentes administraciones (gracias a la distinta procedencia de los fondos) que no están obligadas a coordinarse entre sí. Asimismo, es notoria la falta de organización de estas administraciones con el sector privado.

Otra falta de coordinación grave se muestra en el seno de la propia Secretaría de Salud y entre las mismas instituciones de la seguridad social, en cuanto a gastos y utilización. Esta falta de coordinación en el empleo de fondos da lugar a una dispendiosa duplicación de actividades en algunos servicios, mientras que en otros se registran grandes carencias.

En lo referente al mantenimiento permanente del servicio y la conservación de equipos, la administración es muy ineficiente, no tanto por falta de recursos, sino por malos procesos administrativos, operativos y financieros que causan pérdida de recursos o tiempo, y de hecho impiden un control riguroso de costos.

Asimismo, las deficiencias de información obstaculizan el proceso de control y evaluación, contribuyendo a sobre o subestimar los criterios tradicionalmente aplicados, por lo que no han tenido resultados positivos en el sector salud.

El reconocimiento de estas áreas problemáticas no tiene por qué opacar las virtudes reales de las intervenciones públicas en un conjunto amplio de materias en donde efectivamente ha habido éxito, siendo un ejemplo de ello la reestructuración estatal que se expresó en reformas al sistema de salud, tales como sectorización, descentralización, coordinación intersectorial, participación comunitaria y aumentos de productividad (Redorta, 1993). Una vez que han sido detectados los puntos básicos en los que se localizan problemas, entonces pasará a analizar las fuentes y mecanismos de financiamiento.

Mecanismos alternativos de financiamiento, políticas y acciones para aumentar la eficiencia de los servicios públicos de salud

Con base en el concepto de innovación propuesto en la primera parte de este trabajo, y teniendo en cuenta la problemática presentada en la segunda, es necesario ahora

avanzar propuestas de políticas y acciones para modernizar el sistema de prestación de servicios de salud en el país y, en particular, su financiamiento.

La eficiencia y la mezcla público-privada de financiamiento y prestación de servicios

Para corregir los problemas señalados se tiene que prestar especial atención al problema de la eficiencia, que a su vez involucra a la competencia. Para esto hay que pasar a la esfera de la oferta de servicios de salud. Los procedimientos gerenciales y administrativos desempeñan un papel fundamental en el aumento de la eficiencia.

Se puede mejorar la eficiencia y economizar mediante el perfeccionamiento de las prácticas de administración, que deberían utilizarse para mejorar todos los servicios, muy en particular los de máxima prioridad.

El aumento de la eficiencia es fundamental para el mejor aprovechamiento de los recursos existentes, para liberar fondos y reorientarlos para los más pobres, para aumentar la competencia del sector y así conseguir una mejor calidad y equidad en los servicios.

La mejora de la eficiencia y el mejor aprovechamiento de los recursos permitiría ahorrar sumas de dinero considerables, mediante, por ejemplo, la delegación de ciertas funciones a personal menos calificado; el uso de preparaciones farmacéuticas que son más baratas que los medicamentos, y de hospitales de menor costo, en que los familiares puedan atender a sus enfermos, y la posibilidad de sustituir la hospitalización por asistencia ambulatoria o en el hogar.

Para hacer frente a las crecientes necesidades y problemas financieros del sistema de salud en México, en este trabajo se propone una mezcla público-privada que combine el financiamiento con la prestación de servicios para lograr una mayor diversificación financiera, junto con el aumento de los recursos y el incremento de los niveles de eficiencia. Es decir, a través de esta mezcla se pretende contar con mayores recursos con base en el fomento de la participación privada y el incremento en los niveles de eficiencia de los sectores público y privado, que genere un esquema competitivo en el que el agente más apto se encargue del desarrollo de los servicios de salud (Cruz, Redorta, Querol y Zurita, 1993).

En los cuadros 16 y 17 se presenta una serie de opciones para innovar el financiamiento y la prestación de servicios de salud con el fin de hacer operable la mezcla del sector público y privado para el caso mexicano. En ellos se abren diferentes perspectivas, considerando tanto los servicios de salud personales como los no personales. Se trata de que la prestación de servicios públicos pueda ser financiada por el sector privado y viceversa, sin que esto signifique un deterioro en los actuales esquemas de financiamiento y prestación de servicios de tipo público-público y privado-privado.

En estas matrices cabe resaltar la importancia que tiene la combinación privado-público de financiamiento y prestación de servicios, ya que implica una colaboración y coordinación entre sector público y privado. También se muestra una variedad de áreas y acciones involucradas en los servicios personales y no personales y, al mismo

tiempo, la coordinación intra e intersectorial con las combinaciones público-público, privado-privado y público/privado.

La problemática de los servicios públicos de salud se enfrentó de diversas formas; algunas son propuestas correctivas tradicionales, entre las que destacan: *a)* privatización de algunas áreas (limpieza y lavandería), *b)* contratos de concesión, *c)* subrogación de servicios, *d)* elevar las cuotas de recuperación,¹⁷ y *e)* revisión de precios en lo referente a tarifas, precios de medicamentos e insumos, y de otros bienes y servicios ofrecidos. A continuación se proponen algunas políticas y acciones adicionales.

Propuestas en materia de financiamiento, costos y eficiencia

Búsqueda de alternativas de financiamiento

a) Detectar cuánto y dónde hacen falta fondos para aumentar los servicios curativos en hospitales e instalaciones en zonas rurales.

b) Investigar si los usuarios con capacidad de pago están dispuestos a participar en el financiamiento y en actividades para mejorar de los servicios de salud.

c) Analizar el orden y magnitud de las necesidades formuladas y de qué medios se dispone para atenderlas y a quién le corresponde decidir.

Partiendo de que el aumento de la asignación de presupuesto para la salud rara vez es posible, es necesario:

d) Movilizar recursos inexplorados.

e) Reorientar el empleo de fondos.

f) Toda petición o asignación de nuevos fondos debe justificarse y complementarse con un análisis de eficiencia, eficacia y equidad, y con el procedimiento adecuado para su funcionamiento y evaluación.

Proposiciones para detener el aumento de los costos

a) Adoptar tecnologías más apropiadas y métodos adecuados al tipo de instalación de que se trate, y que éstas sean acordes con el personal empleado y su capacitación.

b) Perfeccionar los actuales sistemas de gestión y vigilancia.

c) Distinguir entre la elevación de los costos por unidad de servicio y la elevación

¹⁷ El incremento de las cuotas que se cobran a los usuarios y la privatización de ciertos servicios son las principales opciones de estudio. Es evidente que un considerable número de personas prefiere la atención privada por su calidad más alta, a pesar de estar aseguradas en los servicios públicos o de tener acceso a servicios gratuitos. Esto sugiere la disposición de los usuarios para pagar por un servicio médico adecuado (OCDE, 1992). Para el caso de México, existe una experiencia innovadora de prestación de servicios con cuotas de recuperación diferenciales vinculadas a precios de mercado en el estado de Aguascalientes. Entre 1987 y 1993, el peso de tales cuotas en el financiamiento del gasto total del Instituto de Salud de esa entidad pasó de 3 a 18%. Para un análisis en detalle véase Saavedra, Redorta y Castellvi (1994).

general de los gastos sanitarios. El aumento de los costos por unidad de servicio puede contenerse adoptando técnicas más eficaces. Una vez contenidos esos costos, el gasto general sólo debe aumentar como resultado de la ampliación de la cobertura o del mejoramiento de la calidad.

d) Desregulación temporal del mercado, permitiendo la entrada de nuevos planes de seguro médico privado. Posteriormente, se procedería a regular eficientemente el nuevo mercado de las aseguradoras.

Propuestas para aumentar la eficiencia, la calidad, las inversiones y la innovación tecnológica

a) Desregular procesos administrativos demasiado costosos o inhibitorios de la eficiencia.

b) Recobrar la confianza del público usuario por medio de una mejor calidad, más información al público, y políticas para mejorar la atención médica y, en general, de todo el personal en todos los niveles de los servicios de salud.

c) Las evaluaciones del sector salud público para la toma de decisiones deben dar su debido peso a factores tales como el desarrollo tecnológico, la estructura de mercado y los distintos periodos de maduración de las inversiones.

Propuestas referentes a toma de decisiones, distribución de recursos y organización de servicios

a) Propiciar asociaciones de usuarios de servicios colectivos.

b) Crear mecanismos para que la sociedad participe en la toma de decisiones y en la asignación de los recursos.

c) Abrir un espacio para la competencia con el sector privado.

Propuestas sobre coordinación, desempeño y evaluación

a) Diseñar objetivamente los criterios de evaluación, contemplando los aspectos económicos y sociales; se debe utilizar criterios explícitos y objetivos precisos.

b) Revisar periódicamente los criterios de evaluación de desempeño vigentes.

c) Fortalecer sistemas de información administrativa para elevar la capacidad administrativa en la evaluación y desempeño.

d) Fortalecer la capacidad administrativa para elevar el nivel de eficacia y eficiencia del sistema de atención a la salud.

e) Fortalecer la instrumentación de acciones sectoriales que permitan descentralizar presupuestos y administración.

Reflexiones finales

El centro de la problemática que se ha analizado en este trabajo es el financiamiento y la necesidad de una nueva gestión pública del mismo. El problema estriba en conseguir el respaldo financiero necesario para la expansión sustancial de los programas cuya particular importancia se ha reconocido. Para ello se puede recurrir a varios procedimientos. Una posibilidad consiste en aumentar el total que se gasta en servicios de salud ampliando las actuales fuentes de financiamiento o buscando otras nuevas. Otra posibilidad consiste en reducir gradualmente los gastos en los servicios considerados como menos importantes (o en cobrar esos servicios a sus usuarios) para poder aumentar los gastos en los servicios de mayor prioridad. También cabe aplicar una combinación de dos o más de esas posibilidades, como se analiza a continuación.

Ampliación de las actuales fuentes de financiamiento

La solución más obvia es ampliar el financiamiento a cargo del gobierno, aumentando los impuestos o reduciendo otros gastos públicos. Pero ésta es la solución menos viable en la actualidad, ya que la parte del gasto público destinada al sector salud no ha tendido a aumentar significativamente (véase el cuadro 4). Ante la creciente demanda por asignación de presupuesto de las diferentes áreas o instituciones del sector salud, se ha tendido a dar prioridad a programas específicos de utilidad probada, garantizando que se emplearán en ellos los nuevos fondos que se consigan, para que se obtenga un efecto más favorable.¹⁸

Por el lado de la seguridad social, cabe la posibilidad de aumentar la contribución de patrones y empleados en beneficio de los programas preventivos nacionales (vacunación, planificación familiar, etc.). Para justificar esa medida se maneja el argumento de que la población no asegurada pone en peligro la salud de la población asegurada, la que, por su propio beneficio, debe contribuir a mejorar la salud de todos.

Por el lado de los impuestos, se debe tener en cuenta la posibilidad del aumento a toda la población, junto al incentivo de la deducción de impuestos por pago de honorarios médicos a la población de cierto nivel de ingresos.¹⁹

En general, existe un mayor interés por parte del gobierno de movilizar recursos privados, además de fondos federales; esto puede contribuir en forma decisiva a un incremento en la cantidad y calidad de los servicios disponibles (OCDE, 1992).

¹⁸ De aquí la importancia de poder presentar en forma cuantificada en qué programas se emplean los fondos. La identificación de las áreas prioritarias, la preparación de un plan para su desarrollo y la organización de un sistema estadístico y financiero combinado para registrar los progresos hacia objetivos definidos son procedimientos que aumentan en gran medida la credibilidad de las peticiones de nuevos recursos. Además, la identificación de metas y objetivos específicos tiene un gran peso político.

¹⁹ Otra fuente tradicional de ingresos está dada por la Lotería Nacional para la Asistencia Pública.

Nuevas fuentes de recursos

En la legislación fiscal de México existen productos que no llevan un impuesto específico, tales como medicinas en farmacias privadas, clínicas veterinarias urbanas, alimentos chatarra, bebidas gaseosas o embotelladas, uso de agua, etc. Se podría gravar el consumo de estos productos, junto con el de tabaco o alcohol, para contribuir expresamente al financiamiento de los servicios de salud. Otra opción es crear un nuevo tipo de impuesto dedicado íntegramente a los servicios de salud rurales, como existe, por ejemplo, en Brasil en los productos agrícolas en la fase de la comercialización, donde la ganancia de los intermediarios es muy grande (Roemer, 1973). Un caso que merece especial atención es el de algunas provincias de Canadá donde existen impuestos especiales sobre las ventas para gastos de hospitalización.

Dentro de las nuevas fuentes de recursos a los que hay que prestar una especial atención destacan los seguros de salud. Como es sabido, una característica de los costos de salud es su elevada incertidumbre; en algunos casos, la enfermedad puede ser previsible y, sin embargo, no es posible satisfacer la demanda de atención por las restricciones presupuestales o condiciones inadecuadas del enfermo o la familia. Esta situación ha conducido al desarrollo del financiamiento de los servicios de salud a través de seguros médicos obligatorios o seguros privados, que implican un pago directo inmediato de gran importancia en el esquema de financiamiento actual. Por su parte, el financiamiento por vía fiscal es necesario para ajustar las demandas de salud con la disponibilidad y capacidad de pago del usuario (Abel-Smith, en Cruz y Valdés, 1992). También existe incertidumbre en el surgimiento de nuevas enfermedades, como el sida, o de enfermedades que se consideraban erradicadas, como el cólera. Por ello, son necesarios recursos complementarios, es decir, se trata de fondos de “restricción absoluta”, tal como se ha planteado antes en este trabajo.

Los seguros médicos privados, tanto individuales-familiares como colectivos o de grupo, representan una forma de financiamiento de creciente importancia, pues ayudan a movilizar recursos hacia el sector salud, protegiendo simultáneamente a las familias contra pérdidas financieras considerables. Para cierta recuperación de los costos, a largo plazo, el seguro médico tiende a aliviar el presupuesto gubernamental de los elevados costos de la atención curativa. El gobierno no puede aumentar las tarifas hospitalarias a un nivel cercano a los costos mientras no exista un esquema generalizado de seguros. Éste representa un mecanismo que propicia nuevas políticas de financiamiento, prestación de servicios y cooperación e intercambio entre sectores. Los seguros de grupo o colectivos contratados por las empresas privadas o públicas son un instrumento que puede aliviar la carga que tiene la seguridad social, disminuyendo el aseguramiento doble. Algunos consumidores tenderán a autoexcluirse de la seguridad social, con el fin de evitar duplicar el pago y escoger la mejor opción, según sus necesidades de salud personales o familiares (Redorta, 1993).

Sistema de seguridad social

Se tiene que tomar en cuenta que el aumento de cuotas de la seguridad social suele repercutir, algunas veces, en los precios de bienes y servicios, y no necesariamente en una mejor atención a la salud. En este particular es importante no extremar el desarrollo de los servicios de salud con alta intensidad de capital, dando preferencia a los que utilizan mano de obra relativamente poco calificada y a acciones de participación comunitaria.

Los dos institutos públicos (IMSS, ISSSTE) son financiados mediante cuotas de asalariados y patrones, y el Estado; en el caso del IMSS, también con rendimientos de reservas invertidas, y en el caso del ISSSTE con transferencias del gobierno federal (OCDE, 1992). Los servicios prestados a los asegurados pueden ser superiores en cantidad y calidad a los de población abierta, que es predominantemente rural y marginada de las zonas urbanas. En consecuencia, hay grandes dudas de la repercusión que pueda tener el sistema de seguridad social en la distribución equitativa de los servicios de salud en el ámbito nacional, puesto que los trabajadores asalariados se concentran en las zonas urbanas (Abel-Smith, 1978), aunque existen excepciones, pues el IMSS tiene afiliados a algunos trabajadores agrícolas. Además, hay un marcado desequilibrio en favor de las actividades curativas, lo que influye también en la enseñanza de la medicina. Finalmente, el sistema hace que la atención médica recaiga en los médicos, fortaleciendo las fuertes presiones contra el establecimiento de nuevas responsabilidades y de nuevas modalidades más racionales (OMS, 1978).

La seguridad social atrae fondos complementarios al sector salud y los encauza hacia los servicios organizados. La tendencia de la seguridad social es a desarrollarse independiente del resto de los servicios de salud pública, aunque se debería, por lo menos, tratar de obtener la máxima coordinación posible entre ambos. También deberían llevarse a cabo estudios conjuntos en un marco de economía nacional para el desarrollo de los servicios de salud adecuados a las necesidades del país, así como conformar una red nacional integrada de instalaciones, en lugar de construir cada institución sus propias instalaciones (OMS, 1978).

A fin de cuentas, el problema de usar el sistema de seguridad social como medio para ampliar los fondos y demás recursos disponibles para la salud se reduce a la cuestión de lo que resulta viable en una economía de libre mercado. La experiencia confirma que la atención a la salud es mejor en la seguridad social que en los servicios públicos. Lo importante es que la modalidad de asistencia prestada a través de la seguridad social no difiera demasiado de la modalidad de asistencia pública (véanse los cuadros 2 y 3). También es importante que el costo del plan por persona sea bajo para que la expansión a toda la población sea económicamente posible dentro de un plazo razonable (OMS, 1978).

Ayuda del exterior

Los fondos para actividades relacionadas con la salud, aportados por organismos de ayuda bilaterales o internacionales, son sumamente importantes, pero las prioridades sanitarias nacionales pueden quedar desatendidas si la ayuda del exterior no se encauza hacia los objetivos del país. Aunque para la mayor parte de esa ayuda ya existan mecanismos de coordinación, no siempre se respetan esos objetivos. La motivación de la ayuda, aunque puede ser humanitaria, a veces incluye acciones con enfoques que no van de acuerdo con la realidad y las necesidades del país. Es necesario que puedan establecerse mecanismos de coordinación bilaterales suficientemente arbitrados, que incluyan las prioridades nacionales y los acuerdos institucionales, con el fin de armonizar la ayuda exterior con las políticas de salud internas.

El monto destinado a proyectos de salud de organismos internacionales depende muchas veces de la discrecionalidad de los donantes y no se puede cambiar en el curso de la asignación de los fondos. En consecuencia, aunque el gobierno establezca prioridades no le es posible decidir el uso de los fondos. Por otra parte, en la ayuda del exterior tienen mucha importancia la continuidad y la regularidad, para hacer frente a los gastos de funcionamiento de los proyectos o inversiones que se hayan echado a andar.

En la actualidad, el país mantiene en ejecución cerca de 50 acuerdos de cooperación técnica y científica con otros países. Al mismo tiempo, están los convenios firmados con organismos internacionales. Ambos tipos de financiamiento se han traducido en el pago de suministros y la adquisición de equipos, desarrollo de cursos y seminarios, investigación, becas, capacitación y consultorías.²⁰

Para aumentar la eficiencia de la ayuda externa, es necesario encauzar los recursos disponibles hacia necesidades identificadas y reorientar la ayuda del exterior a sectores que puedan rendir mayores beneficios. De destinarse a proyectos de inversión, es preciso asegurarse de que la asistencia continuará durante un periodo razonable para contribuir a los gastos de funcionamiento; si no, hay que adoptar medidas para hacer frente a esos gastos con cargo a fondos nacionales. En cuanto a los donantes, se debe conseguir cierta flexibilidad. No son deseables los préstamos que fijan objetivos con cierta tecnología. Por su parte, un efecto positivo de la ayuda exterior es que facilita,

²⁰ En este marco, en 1990 la OPS proporcionó un millón de dólares para ser invertidos en el sistema de salud, y la OMS aportó 637 909 dólares para servicios técnicos. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo contribuyó con 400 000 dólares para laboratorios de salud pública. El Fondo de las Naciones Unidas para Asuntos de Población donó 800 000 dólares en 1990 para apoyar del programa de planificación familiar. Por su parte, el Banco Mundial otorgó, en 1991, un crédito por 171 382 millones de pesos para el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA). CARE Internacional donó cerca de siete millones de dólares para la adquisición de raciones alimenticias. Asimismo, se continuó ejerciendo el presupuesto proporcionado por el convenio de la Secretaría de Salud con el BID para el fortalecimiento de infraestructura, básicamente en el área rural. El monto del préstamo fue de 27 852 millones de pesos, destinados en su mayor parte a actividades operativas de los servicios de salud en 19 estados de la república.

en algunas situaciones, tomar decisiones internas difíciles desde el punto de vista político.

Reducción de gastos en servicios de menor prioridad

Disminuir las asignaciones de presupuesto a servicios urbanos, en particular hospitales, con el fin de liberar recursos para los servicios rurales es muy difícil, porque la población urbana está articulada y, por consiguiente, tiene mayor fuerza política.

Otra fórmula para imponer nuevas prioridades consiste en aumentar las cuotas de recuperación en los servicios curativos urbanos (exceptuando a la población marginada urbana), de tal forma que estos recursos se destinen a los servicios rurales prioritarios y, al mismo tiempo, se pueda reducir la demanda por los servicios urbanos. Es necesario mencionar que ningún servicio puede establecer prioridades razonables si se ve agobiado por largas colas de pacientes. Además, una sección importante de la población urbana, sintiéndose frustrada por lo que pueda ofrecerle el sector público, se dirige al sector privado, aún más si es a un precio razonable y con mejor calidad.

La problemática del financiamiento de los servicios de salud en México está dada por los altos costos financieros de capital, de inversión y de la tecnología. Si se suma a esto la transición demográfica y epidemiológica, y las carencias e ineficiencias de los servicios de salud, el conjunto representa un problema de grandes dimensiones económicas y sociales a largo plazo. Más incluso, las opciones para resolver el grave problema financiero para el sector salud en su conjunto se encuentran limitadas.

Dada esta situación, es importante movilizar recursos privados además de fondos federales para incrementar la capacidad financiera del sector y, con esto, aumentar la cantidad de servicios para poder propiciar una mayor competencia y mejorar la calidad y así liberar recursos públicos para asignarlos a los más pobres.

En resumen, es necesario corregir deficiencias y vicios del sector salud de manera efectiva y realizar reformas convincentes, donde la eficiencia desempeñe un papel fundamental en la toma de decisiones, asignación y uso de los recursos, y en la calidad de los servicios. La problemática de los servicios públicos de salud debe enfrentarse con una gama amplia de políticas y mecanismos, tanto de financiamiento como de prestación de servicios, con la colaboración de todos los sectores de la sociedad.

Para concluir, es importante tener en cuenta que, si el desafío es contar con mecanismos político-económicos fundamentales, en torno a los cuales organizar el crecimiento y la existencia social, asumiendo de modo explícito las potencialidades que pueden brindar las combinaciones nuevas entre lo que podría denominarse los mecanismos paradigmáticos de organización socio-económica y asignación de recursos (Lindblom, 1977 y Polany, 1985), la innovación en el sistema de salud y en su financiamiento es la respuesta a la necesidad de nuevos mecanismos y combinaciones para lograr menores costos y mayores eficiencia, calidad y equidad.

Anexo

Cuadro 1
Índice nacional de precios al consumidor por objeto del gasto

	<i>Índice general</i>	<i>Alimentos, bebidas y tabaco</i>	<i>Ropa, calzado y accesorios</i>	<i>Vivienda</i>	<i>Muebles, aparatos y accesorios domésticos</i>	<i>Salud y cuidado personal</i>	<i>Transporte</i>	<i>Educación y esparcimiento</i>	<i>Otros</i>
1988	14 791.2	13 771.8	18 221.8	8 878.7	16 813.8	16 807.6	17 544.9	15 151.9	22 965.1
1992	31 852.8	27 747.4	28 748.2	30 288.3	25 265.5	33 772.1	37 010.4	37 172.4	52 024.2

FUENTE: Banco de México, *Informe anual*, 1992, México, 1993; *Indicadores económicos*, 1993.

Cuadro 2
Gasto neto en salud: seguridad social y población abierta
(millones de nuevos pesos)

Año	Seguridad social		Población abierta		Total	
	Precios corrientes	Precios de 1980	Precios corrientes	Precios de 1980	Precios corrientes	Precios de 1980
1980	64.1	64.1	26.7	26.7	90.8	90.8
1981	95.7	74.3	39.8	31.0	135.5	105.3
1982	159.3	62.2	58.5	22.9	218.2	85.1
1983	253.3	54.7	86.7	18.7	340.0	73.4
1984	400.3	54.4	144.6	20.0	544.9	74.4
1985	643.2	53.4	245.0	20.3	888.2	73.7
1986	1 018.9	41.1	445.1	18.0	1 464.0	59.1
1987	2 427.4	37.7	982.3	15.3	3 409.7	53.0
1988	5 812.2	59.6	2 002.7	20.5	7 814.9	80.1
1989	6 868.5	58.8	2 439.1	20.9	9 307.6	79.7
1990	9 112.2	60.1	3 609.4	23.8	12 721.6	83.9
1991 ^e	12 226.6	67.8	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
1992 ^e	14 865.7	73.6	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.

FUENTE: Para 1980-1990, *II Informe de Gobierno de Carlos Salinas de Gortari, Anexo Política Económica*, 1990. Para 1991 y 1992, se estima el gasto neto de la seguridad social a partir del costo de las prestaciones en especie para el caso del IMSS y de los egresos por concepto de salud en el caso del ISSSTE; datos del *IV Informe de Gobierno de Carlos Salinas de Gortari, Anexo Poder Ejecutivo Federal*, 1992.

^e estimado.

Cuadro 3
Ingresos de la seguridad social
(millones de nuevos pesos)

Año	IMSS		ISSSTE		Total	
	Precios corrientes	Precios de 1980	Precios corrientes	Precios de 1980	Precios corrientes	Precios de 1980
1980	99.5	99.5	35.1	35.1	134.6	134.6
1981	143.6	111.6	55.7	43.3	199.3	154.9
1982	235.8	92.2	62.6	24.5	298.4	116.7
1983	347.4	75.1	127.4	27.5	474.8	102.6
1984	538.7	73.2	215.3	29.3	754.0	102.5
1985	930.4	77.3	311.1	25.8	1 241.5	103.1
1986	1 592.9	64.3	460.2	18.6	2 053.1	82.9
1987	3 650.8	56.8	1 215.2	18.9	4 866.0	75.7
1988	7 457.8	76.4	2 345.8	24.1	9 803.6	100.5
1989	11 699.2	100.2	2 711.5	23.2	14 410.7	123.4
1990	15 305.4	100.9	3 573.7	23.6	18 879.1	124.5
1991 ^c	22 645.9	125.6	5 487.5	30.4	28 133.4	156.0
1992 ^c	28 337.3	140.4	6 404.4	31.7	34 741.7	172.1

FUENTE: Para 1980-1990, *II Informe de Gobierno de Carlos Salinas de Gortari, Anexo Política Económica*, 1990. Para 1991 y 1992, se estima el ingreso del IMSS a partir del costo de los ingresos por contribuciones; datos del *IV Informe de Gobierno de Carlos Salinas de Gortari, Anexo Poder Ejecutivo Federal*, 1992.

^c estimado.

Cuadro 4
Gasto público en política y desarrollo social¹
(porcentaje del PIB)

	<i>Promedio</i>		<i>Promedio</i>					
	1980	1981-1982	1983-1984	1988	1989	1990	1991	1992 ²
1. Educación	3.1	3.7	2.9	2.6	2.7	2.7	2.7	3.7
2. Salud	3.5	3.7	2.9	2.8	3.0	3.2	3.7	3.8
3. Bienestar ³	0.6	1.0	0.6	0.2	0.3	0.4	0.5	0.7
4. Total 1+2+3	7.2	8.4	6.4	5.6	6.0	6.3	7.4	8.2
5. Desarrollo urbano	0.8	0.9	0.4	0.4	0.3	0.2	0.3	0.5
6. Desarrollo rural	3.1	2.9	2.2	1.0	1.0	1.0	0.8	1.0
Línea 4 como porcentaje del gasto público, sin incluir intereses	—	—	—	26	30	31	35	41

FUENTE: OCDE (1992).

¹ Gasto actual (incluyendo transferencias) más la inversión del gobierno general y organismos públicos bajo control presupuestal (excluyendo gobiernos estatales y municipales).

² Presupuestado.

³ Incluye fondos utilizados para financiar programas de bienestar, denominados "fondos de solidaridad", en documentos presupuestales, antes del establecimiento del Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol). Desde 1988, las cifras representan exclusivamente fondos federales usados para el desarrollo social bajo el Pronasol.

Cuadro 5
Concentrado de la cobertura de los servicios de salud,
1980-1990

<i>Año</i>	<i>Unidades médicas</i>
1980	7 269
1981	8 417
1982	9 629
1983	9 587
1984	9 714
1985	10 422
1986	10 716
1987	11 050
1988	11 769
1989	12 491
1990 ^c	13 504

FUENTE: González y De Alba (1992), p. 114.

^c estimado.

Cuadro 6
Concentrado de la evolución de los servicios, 1980-1990

<i>Año</i>	<i>Consulta externa (miles)</i>	<i>Egresos hospitalarios (personas)</i>
1980	86 633	448 434
1981	91 939	448 518
1982	96 322	459 754
1983	103 803	639 792
1984	116 305	438 697
1985	140 274	491 941
1986	128 185	567 826
1987	149 766	668 319
1988	146 084	890 860
1989	146 768	738 955
1990 ^e	147 377	739 463

FUENTE: González y De Alba (1992).

No incluye el DIF.

^e estimado.

Cuadro 7
Infraestructura construida por las instituciones nacionales de salud,
1991-1992¹

<i>Concepto</i>	<i>Número</i>
Total de unidades de primer nivel	275
Total de hospitales generales y de especialidad	19
<i>SSA Programa México-BID</i>	
Unidades de primer nivel	24
Hospitales generales	5
<i>SSA-Solidaridad</i>	
Unidades de primer nivel	42
Hospitales generales	3
<i>Programa Normal</i>	
Unidades de primer nivel	5
Hospitales generales	1
<i>IMSS</i>	
Unidades de primer nivel	13
Hospitales generales	3
Hospitales de especialidad	4
<i>IMSS-Solidaridad</i>	
Unidades de primer nivel	163
Hospitales generales	2
<i>ISSSTE</i>	
Unidades de primer nivel	28
Hospitales generales	1

FUENTE: *IV Informe de Gobierno de Carlos Salinas de Gortari, 1992*, con base en datos de la Secretaría de Salud.

¹ Datos para el periodo de noviembre de 1991 a octubre de 1992.

Cuadro 8
Indicadores demográficos de México para 1950-1980
y proyecciones para 1990-2010

<i>Indicadores</i>	<i>1950</i>	<i>1960</i>	<i>1970</i>	<i>1980</i>	<i>1990</i>	<i>2000</i>	<i>2010</i>
Población (miles)	27 376	37 073	51 176	69 655	81 141	103 996	123 158
Crecimiento anual de la población (década anterior)	—	3.0	3.2	3.1	2.1	1.9	1.7
Grupos de edad (%)							
0-15 años	43	46	47	44	36	31	29
15 - 64 años	54	51	50	53	60	64	65
65 años y más	3	3	3	3	4	5	6
Muertes	433	419	449	462	472	535	665
Nacimientos (miles)	1 278	1 633	2 224	2 010	2 262	2 520	2 745

FUENTE: Julio Frenk y José Luis Bobadilla, "Los futuros de la salud", *Nexos*, México, núm. 157, enero de 1991.

Cuadro 9
Atención y mejoramiento nutricional¹

<i>Año</i>	<i>Población beneficiada² (miles)</i>	<i>Raciones alimenticias (miles)</i>	<i>Apoyos alimentarios³ (toneladas)</i>
1980	367.0	72 673	163.2
1981	220.7	43 699	125.8
1982	244.2	48 350	171.5
1983	318.0	62 960	96.2
1984	885.5	20 795	18.5
1985	406.3	86 953	80.2
1986	498.9	109 758	145.2
1987	3 646.4	112 837	41 107.9
1988	4 529.0	103 482	48 035.2
1989	4 701.9	104 856	56 322.1
1990	4 624.4	115 254	57 951.0
1991	5 109.7	122 818	64 939.8
1992 ^c	5 449.2	133 529	69 829.1

FUENTE: *IV Informe de Gobierno de Carlos Salinas de Gortari, 1992*, a partir de datos del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

¹ Considera los servicios proporcionados por el DIF.

² Hasta 1986 consideró a la población beneficiada con raciones alimenticias escolares a partir de 1987 incluye también a personas atendidas con apoyos alimentarios.

³ De 1972 a 1986 se cuantifican en raciones de apoyos lácteos. En adelante se refieren a harina de maíz nixtamalizada y frijol.

^c estimado.

Cuadro 10
Evolución de los indicadores sociales

	1970	1980 ¹	1990
Esperanza de vida al nacer (años)	61	66	70
Tasa bruta de nacimientos (por cada mil)	41.7	37.3	33.7
Tasa bruta de mortalidad (por cada mil)	9.5	6.7	5.2
Tasa total de fertilidad	6.5	5.3	3.7
Mortalidad infantil (muertos por cada mil nacimientos)	68.5	38.8	23.9
Tasa de mortalidad infantil (por cada mil) ²	4.2	3.9	2.4
Médicos por cada mil habitantes ³	0.5	0.9	1.1
Acceso a agua potable (porcentaje de población)	61.0	71.0	79.4
Acceso a electricidad (porcentaje de población)	58.8	74.8	87.5
Acceso a drenaje (porcentaje de población)	41.4	51.0	63.6
Estructura por edades de la población			
0 - 14 años	46.2	43.0	38.3
15 - 64 años	50.1	53.0	56.9
65 años y más	3.7	3.8	4.2

FUENTE: INEGI, datos censales.

¹ Datos censales no estrictamente comparables con los censos de 1970 y 1990.

² Niños menores de 5 años.

³ Incluye solamente médicos en el Sistema Nacional de Salud.

Cuadro 11
Diez principales causas de mortalidad general en México, 1992

<i>Causas de muerte</i>	<i>Defunciones</i>	<i>Tasa por 100 000 habitantes</i>
Enfermedades del corazón	55 606	64.1
Tumores malignos	43 692	50.4
Accidentes	38 246	44.1
<i>Diabetes mellitus</i>	28 304	32.6
Problemas del periodo perinatal	21 759	25.1
Enfermedad cerebro-vascular	21 429	24.7
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	19 195	22.0
Neumonía e influenza	18 688	21.5
Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente	16 596	19.1
Enfermedades infecciosas intestinales	14 191	16.4

FUENTE: Secretaría de Salud, *Cuadernos de evaluación*, México, Secretaría de Salud-Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación-Dirección de Evaluación, vol.1 núm.1, 1992.

Cuadro 12
Médicos y enfermeras por cada mil personas¹

	1980	1982	Promedio 1983-1985	Promedio 1986-1988	1989	1990
Médicos por cada mil						
IMSS	1.1	1.2	1.1	1.1	1.0	1.0
ISSSTE	1.6	1.7	1.7	1.7	1.6	1.6
Otros ²	0.6	0.6	0.6	0.7	0.9	0.9
Enfermeras por cada mil						
IMSS	1.7	1.7	0.7	1.7	1.6	1.6
ISSSTE	1.6	2.0	2.1	2.0	2.0	2.0
Otros ²	0.7	0.7	0.8	1.1	1.3	1.3

FUENTE: *III Informe de Gobierno de Carlos Salinas de Gortari, 1991.*

¹ Se refiere a los servicios brindados por el Sistema Nacional de Salud.

² Total de la población menos la cubierta por el IMSS y el ISSSTE (cobertura "potencial" de la Secretaría de Salud, aunque incluye asegurados por programas de empresas estatales y usuarios de sistemas de salud privados).

Cuadro 13
Principales proveedores de atención médica en los estados
más pobres del país, 1988
(porcentaje de la población)

	Entidades federativas seleccionadas					
	Porcentaje del país	Chiapas	Guerrero	Hidalgo	Oaxaca	Distrito Federal
Seguridad social						
(IMSS, ISSSTE y otros)	55.1	12.9	16.2	23.2	19.2	64.2
Proveedores del sector privado	4.2	1.5	9.0	—	5.0	1.9
Autoridades estatales						
y federales (SSA, DIF, INI)	22.0	29.2	68.7	50.1	32.3	26.4
IMSS-Solidaridad	12.5	26.1	*	21.8	31.1	—
Población no cubierta	6.2	30.1	6.1	3.4	12.2	7.5
Población total (millones)	80.0	3.5	3.4	2.2	2.7	10.7

FUENTE: OCDE (1992), con base en datos de Secretaría de Salud, *Propuestas de prioridades estatales*, noviembre de 1989.

* Desde que el estado de Guerrero consolidó sus instituciones, todos los servicios de salud a la población no asegurada son prestados por las autoridades de salud del estado.

Cuadro 14
Distribución del ingreso familiar

Deciles de familias	Ingreso promedio de las familias ¹	1989		1984	
		Porcentaje	Porcentaje acumulado	Porcentaje	Porcentaje acumulado
I	548	1.6	1.6	1.7	1.7
II	972	2.8	4.4	3.1	4.8
III	1 294	3.7	8.1	4.2	9.1
IV	1 636	4.7	12.9	5.3	14.4
V	2 043	5.9	18.8	6.4	20.8
VI	2 522	7.3	26.1	7.9	28.6
VII	3 108	9.0	35.0	9.7	38.3
VIII	3 952	11.4	46.5	12.2	50.5
IX	5 408	15.6	62.1	16.7	67.2
X	13 126	37.9	100.0	32.8	100.0
Total	3 461 ²	100.0		100.0	

Coefficiente de Gini

	1989	1984
Total	0.469	0.429
Ingreso monetario	0.489	0.456
Ingreso no monetario	0.592	0.551
Deciles I a IX	0.406	0.400

FUENTE: OCDE (1992), a partir de datos de INEGI, *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*, tercer trimestre de 1984 y tercer trimestre de 1989.

¹ Ingreso promedio de las familias (monetario y no monetario) por trimestre en el tercer trimestre de 1989, datos en miles de pesos.

² Equivalente a 1 384 dólares.

Cuadro 15
Servicios de primer y segundo nivel de atención¹
(número)

<i>Año</i>	<i>Consultas generales</i>	<i>Consultas especializadas</i>	<i>Intervenciones quirúrgicas</i>
1982	69 770 625	16 792 591	1 172 300
1983	77 244 063	18 200 598	1 307 828
1984	81 948 047	17 955 042	1 373 701
1985	81 603 169	17 840 458	1 428 602
1986	90 511 565	18 012 984	1 431 826
1987	96 181 975	18 854 986	1 552 144
1988	98 607 747	18 956 605	1 566 566
1989	98 498 591	20 562 509	1 650 129
1990	100 347 206	21 255 480	1 759 273
1991	100 937 345	22 180 491	1 877 071
1992 ^e	110 067 095	22 956 849	1 998 292

FUENTE: *IV Informe de Gobierno de Carlos Salinas de Gortari, 1992*, con base en datos de la Secretaría de Salud.

¹ Los datos son para: IMSS, ISSSTE, Pemex, SDN, SM, SSA, DDF e IMSS-Solidaridad.

^e estimado.

Cuadro 16
Opciones de mezclas público-privadas en el financiamiento y prestación de servicios personales de salud

<i>Financiamiento</i>	<i>Prestación de servicios</i>	
	<i>Pública</i>	<i>Privada</i>
Financiamiento público	<i>Financiamiento público y prestación pública de servicios</i>	<i>Financiamiento público y prestación privada de servicios</i>
	Nuevas formas de incorporación de la seguridad social	Subrogación al sector privado
	Canalización de fondos públicos específicos para determinadas acciones (tabaco, accidentes, pobreza)	Privatización de áreas o funciones (lavandería, cafetería, administración)
	Fondos de solidaridad	Subrogación a medicina tradicional
	Cobro en nivel socioeconómico alto para los pacientes no referidos por un nivel inferior, excepto urgencias	Subrogación del parto a parteras empíricas
	Cobro diferencial según: a) Nivel socioeconómico b) Tipo de unidad médica c) Tipo de localidad d) Tipo de servicio	Subsidios a instituciones de beneficencia Comodato
Financiamiento privado	<i>Financiamiento privado y prestación pública de servicios</i>	<i>Financiamiento privado y prestación privada de servicios</i>
	Atención de demandas del sector privado a precios de mercado sin subsidio en instalaciones del sector público	Seguro médico privado
	Cobro a precios de mercado sin subsidio por lujos a derechohabientes y personas atendidas en instituciones de salud públicas	Desarrollo de alternativas de financiamiento como el prepago
	Apoyo con hospitalización en instituciones públicas a la microempresa médica privada de primer nivel de atención	Desarrollo de la medicina tradicional
	Subrogación al sector público de demandas de atención	Desarrollo de las cooperativas médicas y la microempresa médica
	Renta a particulares de instalaciones públicas	Desarrollo de las instituciones de beneficencia

FUENTE: Bennet (1991) y Frenk (1992).

Cuadro 17
Opciones de mezclas público-privadas en el financiamiento y prestación
de servicios personales de salud

<i>Financiamiento</i>	<i>Prestación de servicios</i>	
	<i>Pública</i>	<i>Privada</i>
Financiamiento público	<i>Financiamiento público y prestación pública de servicios</i>	<i>Financiamiento público y prestación privada de servicios</i>
	Desarrollo de sistemas de información de rutina y encuestas	Subrogación de monitoreo de sistemas de información al sector privado
	Desarrollo de investigaciones	Apoyo de investigaciones en el sector privado con fondos públicos
	Formación de recursos humanos	Becas para la formación de recursos humanos
	Impuestos específicos para determinadas acciones: contaminación ambiental	Incentivos al sector privado para promover acciones de salud: contra la contaminación ambiental desarrollo comunitario condiciones de trabajo
	Promoción de salud	Apoyo de instituciones públicas a sociedades civiles privadas para el fomento a la salud en actividades no personales
	Regulación sanitaria	
	Desarrollo comunitario	
Financiamiento privado	<i>Financiamiento privado y prestación pública de servicios</i>	<i>Financiamiento privado y prestación privada de servicios</i>
	Apoyo del sector privado para el desarrollo de investigaciones en instituciones del sector público	Desarrollo de la industria ecológica
	Apoyo del sector privado para el desarrollo de sistemas de información y encuestas en el sector público	Investigaciones privadas sobre contaminación ambiental, promoción de la salud, regulación sanitaria, etcétera
	Becas del sector privado para la formación de recursos humanos en instituciones públicas	Formación de recursos humanos en el sector privado
	Donaciones a favor de la promoción de la salud o desarrollo comunitario y de acciones en contra de la contaminación	Acciones de la sociedad civil contra la contaminación

FUENTE: Bennett (1991) y Frenk (1992).

Referencias bibliográficas

- Abel-Smith, B. (1978), *Pobreza, desarrollo y política de salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Cuadernos de Salud Pública, núm. 69).
- Ayala Espino, José y Rolando Cordera Campos (1992), "Estado y privatización. Marco general y la experiencia mexicana", *Investigación Económica*, núm. 200, abril-junio, pp. 269-311.
- Banco de México (1993), *Informe Anual, 1992*, México, Distrito Federal.
- , *Indicadores económicos, 1993*.
- Barr, Nicholas (1987), *The Economics of the Welfare State*, Londres, Weinfeld and Nicholson (citado por Ayala y Cordera, 1992).
- Bennett, Sarah (1991), *The Mystique of Markets: Public and Private Health Care in Developing Countries*, Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Health Policy Unit.
- Conacyt (1990), *Conacyt en cifras, 1987*, México, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Cruz, Carlos (1991), "Reporte técnico de investigación sobre la oferta de aparatos médicos en México", en A. Arredondo, *La oferta de aparatos médicos en México*, II Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México, Instituto Nacional de Salud Pública, enero 27-30.
- Carlos, G. Esthela Redorta, J. Querol y B. Zurita (1993), *El sector privado en la prestación y el financiamiento del sistema de salud mexicano*, Seminario Innovaciones de los Sistemas de Salud. Una Perspectiva Internacional, México, Fundación Mexicana para la Salud.
- Cruz, Carlos, G. Faba y J. Martuscelli (1992), "La tecnología de la salud en México", *Salud Pública de México*, Suplemento, vol. 34.
- Cruz, Carlos y Cuahtémoc Valdés (1992), "Diversidad financiera para la prestación de los servicios de salud", *Salud Pública de México*, Suplemento, vol. 34.
- Frenk, Julio (1992), "Integración de la prestación de servicios de salud", *Salud Pública de México*, Suplemento, vol. 34.
- González Tiburcio, Enrique y A. de Alba (1992), "Ajuste económico y política social en México", *El Nacional*, México.
- Lambert, Peter (1989), *The Distribution and Redistribution of Income. A Mathematical Analysis*, Cambridge, Mass., Basil Blackwell.
- Lindblom, Charles (1977), *Politics and Markets*, Nueva York, Basic Books (citado por Ayala y Cordera, 1992).
- Mesa-Lago, Carmelo (1992), *Atención de salud para los pobres en América Latina y el Caribe*, Washington, Organización Panamericana de la Salud/Fundación Interamericana (Publicación Científica, núm. 539).
- OCDE (1992), *Estudios económicos de la OCDE. México. Estudio especial para un país no miembro 1991/1992*, París, OCDE.
- OMS (1978), *La financiación de los servicios de salud. Informe de un grupo de estudios de la OMS*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Serie de Informes Técnicos, núm. 625).
- Polany, Karl (1985), *The Great Transformation*, Nueva York, Basic Books (citado por Ayala y Cordera, 1992).
- Redorta Zúñiga, G. Esthela (1993), *Reestructuración del sector salud en México: Cambio de la mezcla público-privada*, México, CIDE (Documento de Trabajo AP, 13).

- Roemer, M. I. (1973), "Development of Medical Services under Social Security in Latin America", *International Labour Review*, núm. 108.
- Ruelas, Enrique (1992), "Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones", *Salud Pública de México*, Suplemento, vol. 34.
- Saavedra, Jorge, G. Esthela Redorta Zúñiga y Rosa María Castellvi (1994), *Alternativas para la movilización de recursos financieros para la salud. El caso de Aguascalientes*, ponencia presentada en el V Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública y II Congreso Regional de la Asociación Internacional de Epidemiología, organizados por el Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, 24-26 de enero.
- Schumpeter, Joseph A. (1912), *Teoría del desenvolvimiento económico*, traducido por Fondo de Cultura Económica, México, 1944. Se consultó la 4a. reimpresión de 1976.
- Secretaría de Salud (1990), *Cuadernos de evaluación*, México, Secretaría de Salud-Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación-Dirección de Evaluación, vol 1, núm. 1.
- (1991), *Informe de Labores, 1990-1991*, México, Secretaría de Salud.
- Valdés Olmedo, Cuauhtémoc (1991), *Bonanza, crisis,...¿recuperación? Financiamiento de la salud: 1970-1990. Una prospectiva hacia el año 2000*, México, Fundación Mexicana para la Salud.