

La reforma del sistema de salud en México y la asignación de recursos

JAIME LÓPEZ DELGADILLO¹

Resumen

La literatura que versa sobre el capital humano, sea desde la versión del capital o del desarrollo, establece que un país logrará avances de mayor significado y alcance si invierte en su población. Por otra parte, también está establecido en la literatura que los recursos de cualquier país son limitados y, por tanto, para que el alcance de la inversión sea intensivo y extensivo se requiere someter los modelos a evaluaciones constantes con que se pretende resolver los asuntos de los recursos humanos de cualquier país. Ese es el centro de atención del presente trabajo, donde estudiamos los resultados alcanzados por nuestro sistema de salud, que son bastantes, pero que al contrastarlos con los de los países avanzados, es evidente el tamaño del reto que todavía nos queda a los mexicanos para llegar a una vida más saludable y por ende de mejor bienestar.

Abstract

Both the capital or development approach of human capital theory has established that a country will develop faster after it invests in its own people. In addition, the literature argues that, because a country's resources are limited and for the investment to be highly productive, we constantly need to evaluate the models with which we want to solve human capital issues. In this paper we study the progress of our health system that is important, but small when it is compared with developed countries. Mexicans still face the challenge of a healthier life and better welfare.

1. Doctor en Economía por la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Profesor Investigador del Departamento de Economía del CUCEA de la UDG. Correo electrónico: ldj3342@cucea.udg.mx.

Introducción

Las condiciones de salud de la población en México han mejorado de forma sustancial, según lo indican los valores agregados. Por ejemplo, la esperanza de vida al nacer fue de 72.7 años para hombres y 77.6 años para mujeres en 2004.² Este nivel de esperanza de vida está cercana a muchos países de desarrollo bajo como Polonia o República Checa que tienen 73.8 años y 74.1 años, respectivamente, es inferior a algunos países emergentes como Corea del Sur y está muy lejos del de los países desarrollados como Japón, Canadá, España o Suiza que en 2003 tenían una esperanza de vida de 81.2, 79.3, 79.1 y 79.8 años, respectivamente. En América Latina, la esperanza de vida en Chile es 3 años más alta que la mexicana, mientras que Argentina o Venezuela tienen una esperanza de vida semejante a la nuestra y en Brasil es casi 6 años menor (OCDE, 2005).

El gasto total realizado o la disposición de recursos para el sector salud no justifican totalmente el avance del sistema de salud mexicano. El gasto en salud per cápita y la cantidad de médicos por mil habitantes están muy por debajo de los correspondientes de los países avanzados. En 2003 México erogó \$583 dólares por año, mientras que Japón, Canadá y España destinaron \$2,193, \$3,001 y \$1,835 dólares anualmente, respectivamente. En el caso de México su gasto representó 6.1% del PIB, pero 7.8%, 9.6% y 7.6% del PIB en los otros países mencionados. Además, en México el sector salud disponía de 1.5 médicos por cada 1,000 habitantes, en tanto que en los países mencionados había 2.5, 2.1 y 3.2 médicos, respectivamente.

De los datos anteriores deducimos que, en primer lugar, el nivel de salud en México se debe a su nivel de desarrollo económico. En la medida en que éste aumente, habrá un mejor sistema de salud para la población. En segundo lugar, los países que tienen mejores sistemas de salud cuentan, a su vez, con una mezcla de gastos y recursos que no permiten reconocer un patrón único. Por ejemplo, en porcentaje del PIB el gasto japonés en salud es inferior al canadiense, pero aquél tiene una mayor cantidad de médicos. Ciertamente, los recursos para la salud son significativos, pero las distintas combinaciones en cada país dan resultados óptimos.

Algunos elementos explican las dificultades del país para alcanzar los niveles de otros países. Un primer dato es la falta de atención constante para una parte importante de la población. Según la Secretaría de Salud, en 2004 más de 52 millones de personas no estaban asegurados en ninguna de las instituciones que conforman el sistema de salud obligatorio y, por tanto, su atención depende de los servicios que les puedan otorgar las secretarías estatales y federales de salud. Además, las disparidades de recursos asignados a la salud entre los estados del país siguen persistiendo, no obstante que la tendencia se ha reducido notoriamente. Sin embargo, el impacto en términos de esperanza de vida aún no es notorio, porque el nivel de desarrollo de dichas entidades no permite el aprovechamiento de los recursos.

2. Secretaría de Salud, Anexo 1.1.

Varios factores nos permiten estudiar la faceta económica de la salud. El primero es la tasa de rendimiento de los recursos invertidos. Los avances en la salud han aumentado conforme han aumentado los recursos. Por ejemplo, en la década de los años setenta la mortalidad infantil se redujo sustancialmente, sin embargo, en los últimos años una reducción adicional requiere de más dinero, ya que la mortalidad está relacionada con problemas genéticos o deformaciones por infecciones, como ocurría antes. El segundo factor es que, a pesar de que se ha reducido el problema de mortalidad infantil, aún queda mejorar la salud de las madres o los adultos debido a enfermedades crónicas.

La reducción de la mortalidad infantil ha permitido mejorar la esperanza de vida mas no la calidad de vida, porque una buena parte de los adultos tiene algún problema de salud. Esto hace que el problema de salud sea más difícil de resolver, en tanto que en muchos adultos las enfermedades se presentan a temprana edad, lo que afecta la productividad de las empresas y limita el crecimiento económico, la fuente principal de recursos para el mejoramiento de la salud.

El presente trabajo indaga sobre algunos aspectos referentes a la caída en el rendimiento de los recursos, la presencia de las afecciones de salud de la población adulta y los recursos utilizados, en un contexto de convergencia y divergencia con respecto a su aplicación.

Los aspectos básicos de la salud en México

La esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida al nacer es el indicador principal para denotar el estado de cualquier población. Al respecto, México ha avanzado de forma significativa en los últimos cincuenta años, sin embargo, de 1990 al 2005 el avance fue poco significativo. Según datos de la Secretaría de Salud, en 1990 la esperanza de vida de hombres y mujeres era de 68 y 74 años, respectivamente, y en 2004 había crecido 4 años para hombres y mujeres. Empero, las diferencias entre los estados de la República son significativas (cuadro 1).

Como se aprecia en el cuadro 1, por una parte, la esperanza de vida parece converger, a diferencia del PIB por entidad. De hecho, un ejercicio sencillo con una regresión nos llevó a concluir que no había relación alguna entre esos dos indicadores. Sin embargo, los estados con la mayor esperanza de vida cuentan con un PIB más alto. Unos cálculos sencillos nos permiten deducir que las entidades con menor esperanza de vida deberían esperar casi 15 años para llegar a los niveles de las entidades más avanzadas y éstas 24 años para llegar a los niveles de los países avanzados. Por lo tanto, el reto para nuestro país es reducir aún más las diferencias entre los estados.

Cuadro 1
La esperanza de vida al nacer (2004) y el PIB por entidad federativa (2003)

<i>Entidades</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>PIB (mmp)</i>
Nacional	72.7	77.6	1,508.24
Baja California	74.2	78.6	48.54
Chiapas	70.9	76.2	26.98
Distrito Federal	74.0	78.7	321.77
Guerrero	71.1	76.5	24.39
Jalisco	73.3	78.1	95.66
Oaxaca	71.1	76.9	22.09

Fuente: Secretaría de Salud, 2004 e INEGI.

La mortalidad infantil y materna

Ya mencionamos que la reducción de la mortalidad infantil, principalmente en los menores de un año, elevó la esperanza de vida al nacer. En 1980 morían 50 por cada 1,000 niños y en 2004 solamente 18 por cada 1,000. No obstante que se asocia la mortalidad infantil con marginalidad, los datos muestran poca correspondencia entre ambas. Las entidades con la mayor tasa de mortalidad en 2004 eran el Distrito Federal, el Estado de México, Tlaxcala y Puebla. A su vez, las entidades con las menores tasas fueron Sinaloa, Nayarit y Guerrero, cuyas condiciones de vida son muy marginales.

Para el grupo de niños menores de cinco años las condiciones cambian de forma importante. La reducción de la mortalidad de niños, en este grupo de edad, requiere de un esfuerzo mayor, ya que está asociada a las condiciones de rendimiento explicados anteriormente. Este hecho se evidencia al encontrar que las estadísticas muestran que 50% de los menores mueren por problemas de alteraciones perinatales o malformaciones congénitas. Otro 20% de la mortalidad se debe a accidentes tanto dentro como fuera del hogar.

No obstante que ha habido un avance en la reducción de la mortalidad por razones infecciosas, todavía en algunos estados sigue presentando tasas de alrededor de 15%. En esos estados podemos relacionar la mortalidad con sus grados de marginación.

El combate a la mortalidad infantil ha sido efectivo hasta ahora, pero la reducción de la misma requiere de estrategias diferentes que implican una atención más inmediata al estado prenatal y al propio parto de los recién nacidos. Así mismo, se necesita una mayor capacitación de las madres para participar, de forma permanente, en una vigilancia preventiva para detectar y atender a los niños cuando presentan algún tipo de enfermedad.

La mortalidad femenina

El análisis de este tipo de mortalidad expresa el grado de divergencia que predomina en el país. Por un lado, padecemos los problemas de las poblaciones con alto grado de

desarrollo, como son los tipos de cáncer privativos de las mujeres, pero a la vez tenemos problemas de país emergente, representados por la mortalidad materna.

De acuerdo con cifras de la Secretaría de Salud, en 2004 de las 500 mil muertes de mortalidad materna sólo 1% se registró en los países desarrollados. En nuestro país las cifras han estado reduciendo desde 2000. En Nuevo León o Aguascalientes la tasa de mortalidad es menor a 30 y 35 sucesos, respectivamente, y en Guerrero y Chiapas hay 100 sucesos por cada 100 mil nacidos vivos. En cuanto a las causas de la mortalidad, 67% se debió a hemorragias, hipertensión en el embarazo u otro tipo de complicaciones que pudieron haberse evitado. Al igual que otros casos, se puede asociar la mortalidad con el grado de marginación.

Por otro lado, las mujeres mexicanas enfrentan otras enfermedades como el cáncer cérvico uterino y de mama, que se podrían evitar con una prevención adecuada. La Secretaría de Salud argumenta en sus estadísticas que en los últimos años sólo 68% de las mujeres entre 18 y 49 años de edad recibieron el examen del papanicolau y sólo 20% de las mujeres entre 40 y 69 años recibieron el examen de mamografía. Estas enfermedades siguen siendo un reto enorme para el sistema de salud nacional, ya que nuestro país el cáncer cérvico uterino es 50% más alto que en Chile o Costa Rica.

Las tasas de mortalidad por ambos cánceres se mantienen en alrededor de 25 eventos por cada 100 mil mujeres de 25 y más años de vida. Sin embargo, en los estados hay una mayor dispersión en el caso del cáncer cérvico uterino, como en Colima, Yucatán o Chiapas donde la tasa alcanza 40 y 35 eventos, respectivamente. En cambio, en Nuevo León, Distrito Federal o Baja California dicha tasa oscila entre 15 y 17 eventos. En el caso del cáncer de mama la dispersión de muertes entre las entidades es menor y opuesta a lo que sucede con el cérvico uterino. Las entidades con las mayores tasas son Distrito Federal, Baja California Norte, Baja California sur y Nuevo León. A su vez, las de menores tasas son Quintana Roo, Oaxaca o Guerrero. En el caso de este cáncer hay entidades que tienen tasas de crecimiento alarmantes como Baja California Sur y Nayarit. La mayor tasa de mortalidad por este cáncer se da en mujeres entre 45 y 55 años de edad.

El sector gubernamental y la reforma sanitaria en México

La atención sanitaria del gobierno

En el apartado anterior vimos algunos aspectos relevantes de la salud. Por supuesto, el panorama es más complejo, pero hemos simplificado la exposición para facilitar su comprensión y buscar alternativas que faciliten una mejor salud para nuestra población.

Un aspecto interesante es el nivel de participación del gobierno, lo que nos lleva a considerar la salud como un bien de beneficios mixtos cuando incluimos la participación privada. Stiglitz (1988) y Alonso (2000) afirman que existen razones de eficiencia y equidad suficientes para promover el otorgamiento de los servicios de salud públicos. Sin embargo, Stiglitz (1994) acepta que a veces son insuficientes como en el caso de los estadounidenses o ingleses que están insatisfechos con los servicios tanto

públicos o privados de su país. ¿Por qué tiende a continuar esa disyuntiva? La razón es que en ambos casos predomina el sistema de racionamiento que deja insatisfecha a la mayoría.

El razonamiento se ha podido resolver con tres tipos de mecanismos: precios, uniformidad en los servicios otorgados y el tiempo de espera. No obstante, esos mecanismos tienen la desventaja del costo para los usuarios porque los servicios públicos deberían ser gratuitos o sumamente subsidiados, a pesar del grado de desigualdad que eso representa. La insatisfacción es mayor en el caso de la espera, que podemos constatarlo con las personas aseguradas por el IMSS.

Frenk (1999) explica claramente este comportamiento con la racionalidad política de la seguridad social en salud, ya que los derechohabientes consideran que la atención sanitaria restringida no ha sido suficiente y que desean más calidad, porque la espera es un costo mayor dadas las condiciones urbanas que prevalecen en nuestras ciudades. Los derechohabientes, independientemente de la cuota con que participan, consideran que pagan por los servicios que reciben y, además, que el estado mexicano les ha otorgado ese derecho y, por lo tanto, exigen servicios efectivos y de calidad.

No obstante que existen bastantes argumentos que justifican la participación del sector público en la provisión de atención sanitaria en una sociedad, dado que la atención sanitaria también entra en la esfera de los bienes privados. Stiglitz (1994) sostiene que se corre el riesgo de perder una gran variedad de ventajas relacionadas con los mercados. Estas ventajas se refieren a dos condiciones significativas que toda persona espera de un bien: a) que satisfaga sus preferencias respecto a las diferentes opciones que puede encontrar y el beneficio que espera de dichos bienes; b) dado que quienes laboran en las instituciones públicas son la burocracia del sector público, se esperaría, como afirman Fernández *et al.* (2002), que fueran guardianes sociales benevolentes con intereses generales.

La atención sanitaria en México, según formulación de la OCDE (2005) o de Frenk (1999), sigue siendo ineficiente y desigual. Para que el sistema sea eficiente, lo primero que requiere es convertir los servicios sanitarios en mejores niveles de salud. Ya hemos hecho un recuento de algunos aspectos que dan evidencias claras del mejoramiento alcanzado. Pero eso no es suficiente porque sigue habiendo alta mortalidad y hay grupos poblacionales que exigen una mayor atención de los servicios.

Muchas enfermedades que aquejan a la población se deben a la marginación. Aunque no encontramos una relación estadística significativa entre el nivel de esperanza de vida y el PIB, hemos advertido una relación significativa con las tasas de mortalidad. Además, 52 millones de mexicanos no pueden recibir atención obligatoria, lo que es una evidencia clara del nivel de inequidad en nuestra sociedad.

El gasto gubernamental en salud

La participación gubernamental es decisiva para mejorar la efectividad y el nivel de desigualdad existente en nuestro país. Las cifras del gasto público destinado a la salud muestran sesgos hacia los grupos tradicionalmente favorecidos representados por

aquéllos que atiende el gobierno de forma obligatoria. El cuadro 2 muestra el destino del gasto público en salud por ramos e instituciones.

Cuadro 2
El gasto público en salud en México, 2004 (En millones de pesos)

<i>Destino del gasto</i>	<i>Gasto</i>	<i>Participación en el gasto total (%)</i>
Gasto Público	226,074.9	
Ramo 12	23,694.0	10.5
Ramo 33	34,463.6	15.2
Gasto Estatal	12,343.0	5.5
IMSS	129,643.6	57.3
ISSSTE	8,939.8	8.4
Pemex	6,990.8	3.1

Fuente: Secretaría de Salud.

Como se aprecia en el cuadro 2, el gasto público tiende a generar inequidad en la atención sanitaria, ya que aporta mayor cantidad de recursos a los grupos que son derechohabientes del sistema, dejando sin el financiamiento requerido a la mitad de la población. Lo anterior no implica que la población derechohabiente tenga resueltos sus problemas de salud, sino un menor grado de exposición a erogaciones en los hogares. Para resolver lo anterior, el gobierno ha incrementado su gasto en las entidades con altos rezagos de salud (cuadro 3).

Cuadro 3
El gasto público en 2004 (En porcentaje del PIB)

<i>Entidades</i>	<i>Gasto público/PIB</i>
Nacional	3.00
Distrito Federal	3.40
Baja California	2.40
Nuevo León	2.10
Jalisco	3.20
Chiapas	5.00
Guerrero	3.80
Oaxaca	4.80

Fuente: Secretaría de Salud.

Como se puede apreciar, la reversión del atraso en salud, a través del gasto público, tardará un tiempo considerable, porque la economía mexicana crece poco, mientras que las poblaciones atendidas, como la del Seguro Social, no aceptarán un retroceso. Dado que las condiciones de salud de la población se hacen más complejas, baste ver el panorama epidemiológico privativo en nuestro país para comprender que las asignaciones financieras que se requieren para afrontarlas deben ser mayores.

No obstante el esfuerzo que realiza el gobierno para modificar los rezagos entre las entidades, los resultados son visibles solamente en algunos aspectos que no alcanzan a tener el reconocimiento de nuestra sociedad. Estos efectos se ven, como se expresó antes, en la reducción de las tasas de mortalidad infantil y materna, y, sin embargo, los niveles de morbilidad de carácter infeccioso, más otras enfermedades inherentes a la vejez, están presentes de forma abundante, y, en consecuencia, los rezagos se han redistribuidos entre los diferentes grupos de la población.

La reforma del sistema de salud

Todos los países desarrollados han realizado avances significativos en la discusión y operación de sus sistemas sanitarios. Al igual que otros países, México requiere de un mayor crecimiento económico, aprovechar sus recursos humanos o expandir su capital humano, lo mismo que mejores condiciones de salud.

La reforma del sector salud debe comprender la protección financiera de las familias, debido a la segmentación que registra la atención de salud entre derechohabientes y la población abierta. La oms establece que el sistema de salud debe funcionar con eficiencia económica. Álvarez (2001) apunta que la eficiencia económica consiste en obtener los mayores beneficios con los insumos invertidos. Esto significa que debe aumentarse al máximo el nivel de salud con los recursos disponibles que incluyen médicos, enfermeras, laboratorios, infraestructura, entre otros.

Una reforma al sector salud tiene muchos problemas. En primer lugar, requiere de muchos recursos financieros que deben ser asignados de la mejor manera. Si se quiere reducir la desigualdad social vigente, las aportaciones del sector público deben ir a los estados más rezagados. Al parecer, la salida más urgente es acelerar el crecimiento del PIB, el cual será insuficiente si el gobierno no puede aumentar la recaudación de impuestos

La población espera ser atendida con prontitud. Las listas de espera continúan aumentando, al igual que las estancias en los hospitales por la burocratización del personal, no obstante que cada vez están mejor capacitados. Todos estos problemas se pueden resolver con más recursos. Si los servicios tienden a igualarse, la población buscará dónde pagar menos y el sistema nacional de salud perderá por la falta de recursos suficientes.

Por último, sin pretender ser exhaustivo sino buscar elementos representativos, cuando se utilizan evidencias positivas en la atención sanitaria se refuerzan los resultados de la propia atención, lo mismo que las políticas sanitarias. Estas evidencias se refieren al campo clínico de la atención, primordialmente, pero pasan también por la parte gestiva y financiera de las instituciones de atención sanitaria en México. La atención de los pacientes basada en evidencias es un elemento que fundamenta el diagnóstico y el tratamiento terapéutico. Sin embargo, no se puede quedar allí, dado que todo tratamiento requiere de recursos que, en términos generales, son limitados y por ello es necesario contrastar los resultados de los diferentes tratamientos con la disponibilidad de recursos.

Conclusión

El país ha avanzado hacia mejoras sustantivas en la salud de la población. Estos avances son producto de la creación de instituciones y políticas públicas que en sus momentos fueron suficientes para impulsar las mejoras que hoy disfrutamos. Sin embargo, para lograr los avances que las nuevas condiciones demandan se requieren reformar las instituciones y las políticas.

Las diferencias en las atenciones de salud que recibe la población derechohabiente y la no derechohabiente cada vez tienden a reducirse, pero no porque los segundos hayan recibido mejores atenciones, sino porque los primeros están recibiendo atenciones con menor calidad y eficiencia. El sistema de salud debe aumentar su capacidad y calidad de atención si se piensa en un país con capital humano capaz de desarrollar una sociedad más productiva, pero a su vez con mayor bienestar.

Hoy no es extraño pensar en una reforma sanitaria para nuestro país. La cuestión es qué tipo de reforma deseamos. La población espera una atención que sea efectiva, oportuna y afectuosa. Aquí es donde se encuentra gran parte del debate. Una primera respuesta la podemos encontrar en el propio Stiglitz (1994), la cual no me parece muy distante de los planteamientos neoclásicos, al exponer las experiencias de Singapur y Malasia, cuyos gobiernos obligan a la población a tomar provisiones y no ser una carga durante la vejez, al tiempo que los hace responsables de sus inversiones, incluyendo las de atención sanitaria. Esto lo logra mediante el establecimiento de una aportación obligatoria de los trabajadores de 40% de su sueldo, reservada para erogaciones específicas que incluyen la salud y la jubilación. Esto implica generar reservas financieras de épocas promisorias para enfrentar dificultades no previstas, como lo es la pérdida de salud, a la vez que cada miembro de la población se responsabiliza del manejo de su propio fondo.

Aquí se ha planteado que cualquier reforma sanitaria debe pasar por un proceso de reforma estructural, lo cual implica la responsabilidad social de la prevención y un adecuado funcionamiento de los tratamientos. En México la racionalización de los servicios se ha llevado a cabo mediante horas, listas de espera y cuadros básicos de medicación y servicios. Sin embargo, estas formas atentan contra la efectividad del tratamiento o la calidad de los servicios, redundando en carencias de efectividad o insatisfacción de los usuarios. Esta parte de la reforma se puede resolver con la participación del gobierno a través de imposiciones de aportaciones, que actualmente ya lo realiza, o por el principio de responsabilidad compartida para prevenir y mantener el mayor nivel de salud posible.

Resolver si la atención de los servicios de salud debiera ser más con más participación pública que con privada no una cuestión que recaiga en principios o características técnicas, sino de adecuación de las instituciones de salud. Hoy en día sería difícil pensar para México en un cambio radical de las instituciones públicas a privadas. Lo que sí es factible son los servicios de apoyo a la atención médica como los servicios de laboratorios clínicos, limpieza, alimentos y del sistema de información. Por lo tanto, el reto del sistema público de servicios de salud consiste en lograr que los miembros

del cuerpo médico y auxiliar funcionen como profesionales de salud y no como sus burócratas. El esquema de competencia para los servicios públicos se puede ejercer a través de los servicios privados que atiendan a la población incorporada al seguro popular. Por tanto, el sistema del seguro popular debiera ser utilizado no sólo para ampliar la cobertura de atención, sino también para fomentar la competencia. Esta combinación de servicios vendría a generar una mezcla adecuada de servicios públicos con privados, donde en el mediano plazo la población tendría opciones de atención, las cuales hoy en día son limitadas.

Las experiencias de muchos países, no sólo de los desarrollados, apuntan a la combinación de recursos y servicios públicos con los privados. En México nos queda permitir e impulsar la participación de la iniciativa privada en las áreas donde ésta sea más eficiente y no afecte el bienestar de la población.

Referencias bibliográficas

- Frenk, J. *et al.* (1999), “La seguridad social en salud: perspectivas para la reforma”, en S. Soberón y A. Villagómez (editores), *La seguridad social en México*, México: CIDE-Consar-FCE.
- IMSS. “La salud en México 2004”, disponible en <<http://www.imss.gob.mx>>.
- OCDE (2005), *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud*, París: OCDE.
- Puig-Junoy, J., G. López y V. Ortún (2004), *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Ed. Masson.
- ss, <http://www.salud.gob.mx>.
- Stiglitz, J. (1994), “Replanteamiento del papel económico del estado: bienes privados suministrados públicamente”, en G. López (editor), *Análisis económico de la sanidad*, Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Stiglitz, J. (1998), *La economía del sector público*, Barcelona: Antoni Bosch.