

BIBLIOTECA DE LA SALUD

MACROECONOMÍA Y SALUD

BIBLIOTECA DE LA SALUD
Consejo y Coordinación Editoriales

Presidente: Dr. Julio Frenk

Coordinador: Jaime Sepúlveda

Sergio Aguayo

Hugo Aréchiga[†]

Antonio Alonso Concheiro

Pedro Arroyo Acevedo

Mario Bronfman

Carlos Elizondo

Ramón de la Fuente Muñiz[†]

Eduardo González Pier

Mauricio Hernández A.

Arnoldo Kraus

Ana Langer

Carlos Larralde

Nora Lustig

Adolfo Martínez Palomo

Onofre Muñoz

Enrique Otero[✠]

Ruy Pérez Tamayo

Carolina Rojas

Guillermo Soberón

Julio Sotelo

Misael Uribe Esquivel

Carlos Viesca Treviño

Kaethe Willms

Comité de Coordinación Editorial

Gladys Faba

Miguel Ángel Lezana

Octavio Gómez Dantés

COMISIÓN MEXICANA SOBRE MACROECONOMÍA Y SALUD

MACROECONOMÍA Y SALUD

Invertir en salud para el desarrollo económico



Fundación Mexicana
para la Salud



INSTITUTO NACIONAL
DE SALUD PÚBLICA



SECRETARÍA DE SALUD
FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
FONDO DE CULTURA ECONÓMICA
SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO
COMISIÓN MEXICANA SOBRE MACROECONOMÍA Y SALUD

Primera edición, 2006

México. Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud
Macroeconomía y salud. Invertir en salud para el desarrollo económico / Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, pról. de Julio Frenk Mora ; presentación de Nora Lustig Tenenbaum, Eduardo González Pier. — México : FCE, Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, 2006

245 p. : ilus. ; 23 × 14 cm — (Colec. Biblioteca de la Salud)
ISBN 978-968-16-8286-6

1. Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud — Siglo XXI 2. Salud Pública — México I. Frenk Mora, Julio, pról. II. Lustig Tenenbaum, Nora, present. III. González Pier, Eduardo, present. IV. Ser. V. t.

LC HD7131

Dewey 368.409 72 M378m

Distribución mundial

Diseño de portada: *Laura Esponda*

 Empresa certificada ISO 9001: 2000

Conozca nuestro catálogo en
<http://www.fondodeculturaeconomica.com>

Agradecemos sus comentarios y sugerencias al correo electrónico
laciencia@fondodeculturaeconomica.com

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra —incluido el diseño tipográfico y de portada—, sea cual fuere el medio, electrónico o mecánico, sin el consentimiento por escrito del editor.

D.R. ©, 2006, SECRETARÍA DE SALUD
Lieja 7, 06696 México, D.F.

D.R. ©, 2006, FONDO DE CULTURA ECONÓMICA
Carretera Picacho-Ajusco 227, 14200 México, D.F.

ISBN 10: 968-16-8286-6

ISBN 13: 978-968-16-8286-6

Impreso en México • *Printed in Mexico*

ÍNDICE

Prólogo	9
Presentación.	13
Agradecimientos	17
Síntesis ejecutiva	19
I. Salud, crecimiento económico y superación de la pobreza	41
La salud como determinante del ingreso y el crecimiento económico	43
Salud, desigualdad y pobreza	49
La trampa de pobreza en México.	50
Rendimientos crecientes de la educación	51
Rendimientos de la salud infantil en la adquisición de educación . .	52
Clases en la distribución del capital humano y papel de la inversión pública	54
Las fallas de mercado	57
Interacción con las reformas pro-mercado	58
Riesgos adversos sistémicos e idiosincrásicos	60
Gastos catastróficos en salud	64
II. Indicadores de salud en México y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.	73
Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de salud . . .	74
Avances hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: México en el contexto internacional	79
El perfil de la mortalidad materna y en menores de cinco años. . .	88
Más allá de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: corregir la desi- gualdad en los indicadores de salud	94
Más allá de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: los desafíos de la transición epidemiológica.	100
Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las regiones rezagadas: me- tas a nivel subnacional	104

III. Análisis del gasto en salud.	107
Niveles de gasto en salud.	110
Composición del gasto en salud	112
Eficiencia distributiva del gasto en salud	122
Distribución del gasto en salud.	126
Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.	136
Inversión en salud asociada al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio	139
IV. Protección social en salud: aseguramiento médico	141
El aseguramiento como respuesta para la protección contra riesgos idiosincrásicos en salud.	142
Aseguramiento en salud en el contexto mexicano	144
Elementos de un esquema de aseguramiento médico	149
Alcance de la protección social en salud: intervenciones cubiertas.	154
V. Bienes públicos para la salud	163
La naturaleza del bien público.	167
Identificación de los bienes públicos de la salud en México.	171
Mecanismos para proveer bienes públicos.	173
La provisión de los bienes públicos	175
Estudios de caso	176
Diseño de políticas y análisis de costo-beneficio	190
VI. Conclusiones y recomendaciones	193
Apéndice	207
Grupos de trabajo.	207
Filiación institucional de los comisionados	209
Síntesis biográficas	213
Bibliografía	231
Abreviaturas y acrónimos.	243

PRÓLOGO

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS el pensamiento económico mundial ha incorporado un nuevo paradigma de enormes implicaciones para comprender los problemas del desarrollo. Si bien desde hace tiempo se sabe que el nivel de ingreso de un país determina sus condiciones de salud, estudios recientes demuestran que esa relación opera también en sentido contrario: es decir, que el nivel de salud determina cuánto crecen las economías.

Adelantado a su tiempo, el doctor Salvador Zubirán escribió en 1943: “Hasta hace pocos años el auxilio que el Estado impartió a los indigentes y débiles sociales del país fue en tal forma insuficiente, raquítico, que fácilmente podía observarse un enorme contraste entre la ayuda proporcionada y las grandes necesidades que nuestra población siempre ha tenido en materia de servicios de carácter asistencial, especialmente en el aspecto médico, en virtud de que el pueblo mexicano es un pueblo enfermo, [...] un pueblo débil físicamente, y como derivación lógica de ambos males, un pueblo también débil desde el punto de vista económico.”

asarían varias décadas antes de que la concepción visionaria del gran médico mexicano se hiciera presente en el pensamiento económico mundial. Ante la pregunta de por qué algunos países son más exitosos que otros en lograr metas de crecimiento, los economistas del desarrollo tradicionalmente esgrimían argumentos de orden macroeconómico. Después, hace ya varias décadas, se introdujo la idea de que la educación era un determinante del crecimiento a través de la formación de capital humano, y esto se convirtió en una línea bien establecida del pensamiento económico central. Finalmente, lo que después de muchos años encontró cabida en la teoría fue este cambio de paradigma en que la salud empezó a considerarse no sólo una resultante sino también un determinante del nivel de ingreso de un país.

Como directora de la Organización Mundial de la Salud, la doctora Gro Harlem Brundtland decidió analizar los alcances globales del nuevo paradigma y al efecto convocó a un grupo de trabajo constituido por los más prestigiados especialistas en la materia a nivel mundial. Habiendo llegado a la Organización

Mundial de la Salud después de ser primera ministra de Noruega durante diez años, el gran programa de la doctora Brundtland era darle una visión mucho más amplia a la salud: no como un tema especializado de los técnicos en salud pública sino como un tema de la agenda de desarrollo. Así, con esa visión amplia y con el fin de darle un sustento intelectual firme a sus propósitos, nace la Comisión sobre Macroeconomía y Salud.

Se tomó la sabia decisión de invitar como presidente de la Comisión global a Jeffrey Sachs, en ese entonces profesor de Harvard y actualmente de la Universidad de Columbia, y uno de los economistas del desarrollo más connotados del mundo, un hombre con un enorme liderazgo intelectual y una gran energía. Bajo su presidencia, la Comisión quedó configurada por dieciocho miembros: quince de ellos muy reputados macroeconomistas o economistas del desarrollo, incluyendo un premio Nobel de economía, y tres miembros del área de la medicina y de la salud, incluyendo un premio Nobel de medicina.

Como director ejecutivo del área ligada a la investigación y la información para las políticas de salud, me tocó el gran privilegio de tener a mi cargo el espacio que proporcionaría, dentro de la Organización, el secretariado para la Comisión. La persona directamente responsable fue el profesor Dean Jamison, que me reportaba a mí como director ejecutivo, y contamos con el apoyo de Sergio Spinachi como secretario técnico.

Esta Comisión de altísimo nivel, liderada por el doctor Sachs bajo la inspiración y guía de la doctora Brundtland, llevó a cabo un ejercicio intelectual verdaderamente exitoso. Se organizaron grupos de trabajo, se encargaron estudios novedosos y se compiló toda la evidencia científica existente, llegándose a la conclusión de que, en efecto, ese cambio de paradigma estaba bien sustentado, de modo que si queríamos avanzar en la agenda de desarrollo era indispensable invertir más en salud.

Se hicieron además reuniones regionales, y se dio la afortunada circunstancia de que la reunión regional para América Latina se llevó a cabo en México en junio de 2001, organizada por la Secretaría de Salud. La reunión incluyó una cena con el presidente de la República, el secretario de Hacienda y otros personajes de la vida pública mexicana. Fue la última de las reuniones regionales y en diciembre de ese año 2001 se presentó al mundo el Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, un documento muy influyente dada la autoridad intelectual de los actores involucrados. Uno de los méritos indiscutibles del

informe fue que sacó toda esa literatura del mundo de los académicos y lo puso en el mundo de los tomadores de decisiones.

Entre las muchas recomendaciones del informe estaba la de establecer comisiones nacionales de macroeconomía y salud. Durante la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo llevada a cabo en 2002 en Monterrey, que agrupó a un enorme número de jefes de estado y de gobierno, una sesión fue dedicada al Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud.

A la luz del papel que había jugado México y de la recomendación del informe global, nos dimos a la tarea de organizar la Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud como una iniciativa conjunta entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Se tomó la decisión de invitar como presidenta de dicha Comisión a la doctora Nora Lustig, una muy distinguida economista que había formado parte de la comisión global y que era a la sazón rectora de la Universidad de las Américas.

La Comisión se integró con un grupo, nuevamente muy distinguido, de economistas mexicanos, complementado por un grupo de especialistas en la salud de México, a imagen y semejanza de la comisión global. A través de comisionar algunos trabajos analíticos y de hacer múltiples deliberaciones y foros de discusión, se ha llegado al informe que ahora se presenta, cuyo propósito es aportar elementos ajustados a la realidad mexicana sobre el creciente cuerpo de pruebas científicas acerca del papel determinante de la salud en el desempeño de la economía.

Esta nueva visión es importante porque saca a la salud del nicho acotado de los aspectos técnicos de la salud pública para ubicarlo en el lugar que le corresponde: como un tema central de la agenda nacional de desarrollo y de superación de la pobreza. Estoy seguro que este informe enriquecerá el debate público sobre las políticas de desarrollo en México, subrayando el papel central que la salud juega en dichas políticas. Invertir en salud es un requisito cada vez más evidente para lograr la equidad y el desarrollo sustentable que exige la pertenencia al mundo globalizado de hoy y de mañana.

Julio Frenk Mora
SECRETARIO DE SALUD DE MÉXICO

PRESENTACIÓN

LA COMISIÓN SOBRE MACROECONOMÍA Y SALUD, iniciativa impulsada por la Organización Mundial de la Salud bajo la presidencia del economista Jeffrey Sachs, fue creada en enero de 2000 y casi dos años más tarde, el 20 de diciembre de 2001, publicó su informe. El principal objetivo de la Comisión fue dar sustento a la tesis de que mejorar los niveles de salud de un país es de vital importancia para impulsar su desarrollo económico. Asimismo, enfocando su atención en el caso de los países que se caracterizan por tener una economía emergente, la Comisión se propuso estimar los recursos e identificar las acciones, tanto a nivel nacional como internacional, que se requieren para lograr que lo planteado en dicha tesis se verifique en los hechos.

Como parte de sus conclusiones, la Comisión propuso que se crearan comisiones similares a nivel nacional. En respuesta a dicha recomendación el doctor Julio Frenk Mora, Secretario de Salud, estableció la Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud (CMMS) el 29 de julio de 2002, bajo la presidencia de la economista Nora Lustig y con la participación de personalidades provenientes de los sectores público y privado, del ámbito académico y de la sociedad civil, todos ellos expertos en el análisis del vínculo entre la salud y el desarrollo económico.

El mandato de la Comisión Mexicana consistió en: i) analizar la relación entre la inversión en salud y el crecimiento económico de México, especialmente en lo que se refiere a la reducción de la pobreza y el abatimiento de la inequidad; ii) evaluar el grado de avance en la inversión en salud (en cuanto a su nivel y distribución), la actuación del sistema de protección social frente a choques adversos de salud, y la producción de bienes públicos, y iii) proponer acciones e iniciativas, sobre todo en el ámbito de las políticas públicas, para lograr los beneficios que una inversión adecuada en salud genera para el crecimiento económico y la reducción de la pobreza.

Los resultados potenciales de invertir en salud son sin duda muy significativos. Estamos conscientes, sin embargo, de que documentar los argumentos y precisar las estrategias es una condición necesaria pero no suficiente para lograr

los resultados deseados. Se requiere de un conjunto de acciones y esfuerzos por parte de toda la sociedad en torno a metas compartidas y, sobre todo, de una unidad de propósitos para supeditar la voluntad política a un objetivo superior: el desarrollo económico y el bienestar social del pueblo de México.

Un avance en sí mismo importante es crear conciencia sobre la necesidad de invertir mejor y más en salud, dada la trascendencia de esta medida en materializar el bienestar de las personas y el importante papel que desempeña en la promoción del desarrollo y crecimiento económicos. Así, este informe está dirigido a los funcionarios públicos de nivel federal, estatal y municipal para unirlos en el esfuerzo de garantizar el pleno ejercicio del derecho a la protección de la salud; a las personas que integran organizaciones de la sociedad civil para coadyuvar en la consolidación de una mejor salud para todas las personas; a los dirigentes del sector empresarial para convencerlos de asumir un papel protagónico en la promoción de la salud; y, a los profesionales de las instituciones académicas de todos los niveles para alentarlos a evaluar las acciones vigentes, y desarrollar nuevas estrategias para invertir en salud y generar nuevos conocimientos. Con la participación activa de todos los sectores de la sociedad tenemos la seguridad de que en un futuro cercano México será un modelo a nivel mundial por sus avances en materia de salud.

Este informe se concentra en el papel que tiene la inversión en salud sobre los procesos de acumulación de capital humano, sobre las condiciones de pobreza, y sobre el crecimiento económico. Las ventajas de producir un documento acotado y enfocado obligan a la exclusión de algunos temas que, si bien involucran políticas de salud, pudieran desviarse de la idea central del informe. De esta forma y sin pretender que ésta sea una lista exhaustiva de temas excluidos, no se analizan temas como: los crecientes costos en la provisión de atención médica; los efectos de la descentralización del Sistema Nacional de Salud; la problemática financiera del IMSS y el ISSSTE, y la exención de impuestos al consumo de medicamentos.

Julio de 2006

Nora Lustig Tenenbaum

PRESIDENTA

Eduardo González Pier

SECRETARIO EJECUTIVO

MIEMBROS:

Javier Beristáin Iturbide

Stefano Bertozzi Kenefick (Coordinador Grupo 1)

Jorge Bracero Cotty

Mario Bronfman Pertzovsky

Rolando Cordera Campos

Carlos Cruz Rivero (Coordinador Grupo 3)

Luis de la Calle Pardo (Coordinador Grupo 5)

Arturo Fernández Pérez

Fernando Flores y Pérez

Juan Ignacio Gil Antón

Benjamín González Roaro

Carlos Hurtado López

Felicia Marie Knaul

Luis Felipe López Calva (Coordinador Grupo 1)

Gabriel Martínez González

David Mayer Foulkes (Coordinador Grupo 2)

Carlos Noriega Curtis (Coordinador Grupo 4)

Rogelio Ramírez de la O

Jesús Reyes Heróles

Clemente Ruiz Durán

Manuel Sánchez González

John Scott Andretta (Coordinador Grupo 2)

Jaime Sepúlveda Amor

Guillermo Soberón Acevedo

Miguel Székely Pardo

Misael Uribe Esquivel

Félix Vélez Fernández-Varela

Alejandro Werner Wainfeld

ACLARACIÓN: los contenidos de este Informe reflejan el punto de vista de los comisionados en lo general, aunque no todos y cada uno de ellos esté necesariamente de acuerdo con cada recomendación en lo particular. La participación de los comisionados es a título personal, por lo que las opiniones y recomendaciones incluidas en este Informe no necesariamente reflejan aquéllas de las instituciones a las cuales los comisionados están asociados.

AGRADECIMIENTOS

LOS MIEMBROS de la Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud agradecen al doctor Julio Frenk Mora, Secretario de Salud, su apoyo incondicional a nuestro trabajo. La presidencia de la Comisión hace un reconocimiento especial a los coordinadores de los grupos de trabajo: Stefano Bertozzi Kenefick; Carlos Cruz Rivero, Luis de la Calle Pardo y Amy Glover; Luis Felipe López Calva; David Mayer Foulkes, Carlos Noriega Curtis, y John Scott Andretta, y a sus integrantes, por su extraordinaria labor en la preparación de los documentos de apoyo y por las sugerencias, recomendaciones y aportaciones para la elaboración de este informe. Asimismo, se extiende un especial agradecimiento a los lectores externos: George Alleyne, Julio Boltvinik, José Ángel Córdoba Villalobos, Carlos Jarque, Julio Portales Galindo y Manuel Ruiz de Chávez, por sus comentarios y sugerencias a una versión preliminar del informe.

Agradecemos el apoyo técnico y logístico brindado durante los trabajos de la Comisión, en particular a Eduardo González Pier (Secretario Ejecutivo de la Comisión), Corina Santangelo, Mariana Barraza Lloréns, Héctor Peña Baca, Erick Peñaloza Sosa, Ángel Campos Hernández, Gaelia Amezcua Esparza, Guillermo López Yescas y Raúl Porras Condey. Del mismo modo, agradecemos a Yara Fosado, Roberto Vélez, María Fernanda Madrid, Elia Carrasco, María E. Dávalos, Gabriela Cordourier, Roque Flores, Kristiano Raccanello y Miguel Reyes por su apoyo en las diversas etapas de la elaboración del informe. Finalmente, queremos agradecer a Mauricio Ortiz por sus sugerencias de corrección de estilo y a José Luis Lugo por el diseño gráfico del Informe.

Damos las gracias al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por su apoyo en el financiamiento de los proyectos de investigación de esta Comisión y al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) por su contribución a la publicación de este Informe.

Dra. Nora Lustig

PRESIDENTA DE LA COMISIÓN MEXICANA DE MACROECONOMÍA Y SALUD

SÍNTESIS EJECUTIVA

SALUD, CRECIMIENTO ECONÓMICO Y POBREZA

Salud y crecimiento económico

LA SALUD ES UN ACERVO que poseen las personas. No es sólo la ausencia de enfermedad; es también la capacidad que cada quien tiene de desarrollar su potencial físico y cognitivo a lo largo de su vida. Por ello, el acceso a servicios básicos de salud debe de considerarse un derecho fundamental de los ciudadanos. Además de tener un valor intrínseco, ya que estar sano es una de las principales fuentes de bienestar, la salud tiene un valor instrumental por ser uno de los determinantes fundamentales del crecimiento económico.

La salud contribuye al crecimiento económico de largo plazo a través de los siguientes mecanismos: incrementa la productividad laboral del adulto y el desarrollo cognitivo del niño a través de mejoras en la nutrición; reduce las pérdidas de producción de los trabajadores y de asistencia escolar de los niños ocasionadas por enfermedades; permite utilizar recursos naturales que, debido a las enfermedades, eran inaccesibles, y libera, para diferentes usos, recursos financieros que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de las enfermedades.

Es importante señalar, sin embargo, que la relación entre salud y crecimiento no es mecánica ni automática. Obviamente, para que se convierta en realidad la dinámica económica tiene que ser tal que se generen los empleos suficientes para capitalizar los beneficios de una mano de obra más productiva. Lo contrario también es cierto: de no invertirse en mejorar los niveles de salud y nutrición de los habitantes de manera importante, la posibilidad de convertir una expansión económica (ocasionada, por ejemplo, por un mercado internacional favorable para las exportaciones) en crecimiento alto y sostenido, estará fuertemente limitada.

La relación entre salud y crecimiento en el largo plazo ha sido corroborada, una y otra vez, por la evidencia empírica, tanto en estudios sobre países específicos, como de corte transversal. Entre los primeros destacan aquellos realizados

por Robert Fogel, el Premio Nobel de economía, sobre el caso de Inglaterra, donde los resultados indican que más de un tercio del crecimiento económico de dicho país en los últimos doscientos años se puede explicar por mejoras en la salud (incluyendo la nutrición). En los trabajos de corte transversal se ha encontrado que un aumento en la esperanza de vida de 50 a 70 años (un incremento de 40%) eleva la tasa de crecimiento potencial en 1.4 puntos porcentuales anuales (lo que equivale a una duplicación del ingreso en el lapso de dos décadas).¹ En promedio, la evidencia sugiere que cada año de aumento en la esperanza de vida se asocia a un incremento de entre 2% y 4% en el ingreso per cápita (potencial).² En los países de América Latina y el Caribe, las mejoras en salud —medidas como la probabilidad de sobrevivir de un grupo de edad al próximo— se asocian con aproximadamente un tercio del crecimiento (potencial) de largo plazo.³

Los análisis del impacto de enfermedades específicas y la nutrición sobre el crecimiento encuentran resultados similares. Un estudio sugiere que una reducción de 10% en la prevalencia del paludismo se asocia con un crecimiento anual 0.3% mayor.⁴ Otro estudio demuestra que la desnutrición causa una reducción de la tasa anual de crecimiento del PIB per cápita que va del 0.23% al 4.7% dependiendo de las regiones y países.⁵

En todos los países hoy desarrollados, las mejoras en la alimentación (es decir, la nutrición) condujeron a un cambio notable en la estatura media de sus habitantes en el largo plazo. Este proceso se conoce como la “transición de la estatura media”. La importancia de esta transición reside en que la estatura media es un indicador (indirecto pero robusto) de las mejoras en la nutrición y la productividad de los habitantes. La evidencia internacional muestra que cada centímetro adicional en la estatura adulta media de la población está asociado a un incremento de 6% en el ingreso per cápita, en promedio. En el periodo reciente se destaca el caso de Corea del Sur donde en el lapso de una generación (1962 a 1995) la estatura media aumentó de 1.66m a 1.80m, proceso que estuvo acompañado de un incremento de 78% en el ingreso per cápita.

¹Véase Barro (1996).

²Véase Weil (2005) y Bloom, Canning y Sevilla (2003). Estos resultados están por niveles y no por tasas de crecimiento, lo cual capta de manera más adecuada la relación entre salud y crecimiento ya que se trata de un cambio transicional y no de un incremento permanente en la tasa de crecimiento de largo plazo.

³Véase Mayer-Foulkes (2001b).

⁴Véase Gallup y Sachs (2000).

⁵Véase Arcand (2001).

La asociación positiva entre salud y crecimiento también se observa en el caso de México. Un estudio sobre la relación entre la esperanza de vida y la tasa de mortalidad (para diferentes grupos de edad), por un lado, y el crecimiento económico, por el otro, sugiere que la salud es responsable de aproximadamente un tercio del crecimiento (potencial) para el periodo 1970-1995.⁶

Es importante señalar que México tiene todavía por delante el generar las mejoras en la nutrición promedio que pueden llevar a un nivel más elevado del ingreso per cápita potencial. El rezago de México en materia de salud se puede observar cuando se comparan indicadores clave de salud con los que corresponden a un país con su nivel de ingreso per cápita. Esto significa que si se intensifican los esfuerzos de mejorar la nutrición de los hogares pobres (sobre todo en la etapa prenatal y los primeros años de vida), el impacto sobre el ingreso per cápita podría ser muy significativo. Un análisis más reciente encuentra que un incremento en la proporción del gasto total en el sistema de salud con respecto al PIB de 6.1% en el 2003 hasta alcanzar un 7.7% en el 2015 permitiría reducir la tasa de mortalidad en menores de un año en 40.5% y la tasa de mortalidad materna en 57.8% y así lograr las metas de los Objetivos del Milenio, tanto para la tasa de mortalidad infantil, como la de mortalidad materna.⁷ Estas mejoras, no sólo elevarían el bienestar inmediato de la población afectada, sino también contribuirían al crecimiento de largo plazo.

Salud y trampas de pobreza

El nivel de salud es también uno de los principales determinantes de la pobreza y su persistencia en el tiempo: las llamadas trampas de pobreza. Las trampas de pobreza ocurren porque la salud y la nutrición infantiles determinan de manera importante la capacidad de desarrollo cognitivo y la productividad del adulto y, por ende, su nivel de ingreso.⁸ A su vez, el nivel de ingreso y la educación de

⁶Véase Mayer-Foulkes (2001a).

⁷Estimaciones realizadas por la Secretaría de Salud a petición de la CMMS. Para este cálculo se utilizó una regresión lineal para cada una de las tasas de mortalidad mencionadas, tomando como variables independientes el gasto total en salud, la proporción de hogares con agua potable y la proporción de población alfabeta. Se utilizó una muestra compuesta por 171 países. Las variables se introdujeron en su transformación logarítmica. Cabe destacar que las estimaciones asumen que la eficacia del gasto en salud de México es similar al promedio de la muestra.

⁸Para que exista una trampa de pobreza basta que se presenten estos dos elementos: a) una baja o nula acumulación de capital educativo para un grupo de la población, característica que impide una inserción exitosa en el mercado laboral y conduce a un bajo nivel de ingresos laborales, y b) una baja o nula movilidad económica para la población de dicho grupo.

los padres afectan la salud y nutrición de los hijos, y de esta manera se reproduce el círculo vicioso de la pobreza extrema.

Diversos estudios sobre los efectos de la salud y la nutrición en la educación muestran que las deficiencias de micronutrientes y la presencia de desnutrición proteico-energética afectan de forma negativa el desempeño escolar. De igual manera, la sensación de hambre genera falta de atención. Sin embargo, el impacto del estado de salud sobre el rendimiento educativo no se presenta solamente a través de deficiencias en la ingestión de nutrientes. El desarrollo infantil temprano es un elemento crítico para el progreso cognitivo, emocional y físico de los individuos. Más aún, un desarrollo infantil adecuado depende en gran medida de una apropiada atención prenatal de la madre, de un parto realizado bajo supervisión médica adecuada, y de la oportuna y apropiada atención médica preventiva y curativa durante la niñez.

Cuando los miembros de una familia gozan de buena salud, el padre y la madre están en posibilidad de buscar y tener un trabajo remunerado, pueden generar riqueza y consecuentemente pueden alimentar a sus hijos y enviarlos a la escuela. Niños sanos y bien nutridos tendrán un mejor rendimiento escolar, lo que impactará positivamente en el ingreso futuro. Además, si los padres están seguros de que sus hijos tienen una alta probabilidad de vivir hasta ser adultos, tendrán por lo general un menor número de hijos y podrán invertir más en la salud y la educación de cada uno de ellos. Este es el círculo virtuoso que resulta de invertir en las primeras etapas de la infancia.

En México hay evidencia estadística de que un grupo de la población vive en una trampa de pobreza. Romper con dicha trampa tendría un impacto sobre la población afectada y también sobre el crecimiento económico en su conjunto.

Situaciones adversas sistémicas e idiosincrásicas y trampas de pobreza

Las trampas de pobreza se pueden desencadenar no sólo por invertir de manera insuficiente en el desarrollo humano en la edad temprana, sino también como consecuencia de enfermedades catastróficas, discapacidad (temporal o permanente) y muertes prematuras, no sólo por los gastos adicionales que dichas situaciones generan sino también porque cuando éstas afectan a los perceptores de ingreso, el hogar puede quedar sumido en niveles de pobreza que se transmiten de manera intergeneracional. De allí la importancia de contar con

mecanismos de protección social que mitiguen el impacto de situaciones adversas en la población pobre o en severo riesgo de empobrecerse.

Si la salud es un acervo, no sólo es importante crear incentivos e implementar las políticas para invertir en salud, sino también evitar, o por lo menos minimizar, su deterioro en situaciones adversas. Estas situaciones adversas pueden ser idiosincrásicas (enfermedad, muerte, desempleo, o una mala cosecha) o sistémicas (epidemias, crisis económicas o desastres naturales).

En general, las crisis macroeconómicas tienen un impacto negativo sobre la inversión en capital humano. En México, durante la crisis de los ochenta, los indicadores más sensibles a cambios en los niveles de ingreso se deterioraron. Por ejemplo, la mortalidad de menores de un año y de niños en edad preescolar causadas por deficiencias nutricionales se incrementaron, revirtiendo la tendencia observada en la década anterior. Si bien no se han analizado de manera sistemática el impacto de los desastres naturales, la escasa evidencia disponible indica que pueden afectar de manera importante el acervo de capital humano de la población afectada y el ritmo con que éste se acumula.

Las trampas de pobreza que se generan por eventos adversos sistémicos e idiosincrásicos no sólo exponen a numerosas personas a una situación de pobreza, sino que las excluyen de contribuir productivamente (o tan productivamente como podrían) a la economía del país. Para evitar estas consecuencias es importante contar con redes de protección social que minimicen el impacto de riesgos catastróficos sobre las familias. Dados los niveles de pobreza prevalentes en México y la presencia de fallas de mercado, la acción pública es necesaria para evitar estragos asociados a los riesgos sistémicos. Es necesario contar con redes de protección social de respuesta rápida y focalizada, como transferencias en efectivo o en especie, programas de retención escolar, programas de empleo temporal, para nombrar algunos ejemplos.

En el caso de situaciones adversas idiosincrásicas, la compra de aseguramiento ayuda a los individuos a protegerse contra posibles eventos adversos que pueden reducir temporal o permanentemente su nivel de consumo. En el caso de eventos adversos sobre la salud, los individuos pueden protegerse mediante la adquisición de seguros médicos privados o el acceso a seguros públicos. Sin embargo, el acceso de las personas y familias a mecanismos formales de aseguramiento se ve limitado por problemas de información, así como por prácticas a través de las cuales ciertos proveedores captan la parte más rentable de la demanda. Por otra parte, las restricciones de acceso al crédito también reducen

la capacidad de los individuos para suavizar su consumo intertemporal. Uno de los efectos más comunes de un evento adverso en salud son los gastos adicionales que tienen que realizar las personas y los hogares. Debido a estos gastos, las personas de bajos ingresos que no cuentan con acceso a los mecanismos formales de aseguramiento se encuentran expuestas al círculo vicioso que vincula el padecimiento de una enfermedad con el empobrecimiento temporal o permanente.

En suma, la acción pública tiene un papel importante en la protección del acervo de salud ante situaciones adversas. La acción gubernamental oportuna puede mitigar las consecuencias negativas de los eventos adversos sobre el crecimiento y la pobreza.

Las fallas del mercado y la inversión en salud

En todos los países y sobre todo en aquéllos donde hay un grupo significativo de población pobre, la inversión privada en salud estará por debajo del óptimo social debido a la presencia de las llamadas “fallas del mercado”. Las fallas del mercado están asociadas, por ejemplo, a los siguientes factores:

- Las restricciones de acceso al crédito y al aseguramiento que enfrenta sobre todo la población pobre y que le llevan a invertir por debajo del óptimo en nutrición, salud y educación.
- La falta de información, sobre todo en la población de bajos ingresos, de los beneficios que conlleva invertir en nutrición, salud y educación durante las primeras etapas de la infancia.
- La excesivamente alta preferencia por el consumo presente de la población pobre, dados los bajos ingresos y la reducida esperanza de vida.⁹

Ya que existe evidencia de fallas de mercado en la inversión en salud, la acción pública está más que justificada desde el punto de vista económico. Dicha acción puede darse, por ejemplo, a través de los siguientes mecanismos:

- Crear un sistema de salud financiado total o parcialmente con recursos gubernamentales, al cual puede tener acceso toda la población de manera gratuita o casi gratuita. Éstas son las acciones públicas *por el lado de la oferta* de salud que incluyen la construcción de infraestructura y el pago de los servicios y bienes asociados a su operación.

⁹ Por ejemplo, los hogares pobres dan prioridad a alimentar y cuidar al perceptor de ingresos porque no pueden darse el lujo de que éste falle. Esto ocurre a expensas de invertir en la nutrición y la salud de las mujeres y los niños.

- Subsidiar la demanda de servicios de salud a través de un sistema de aseguramiento público universal, financiado total o parcialmente con recursos gubernamentales donde los proveedores pueden ser tanto del sector público como privado.
- Subsidiar la inversión de los hogares en la salud de sus miembros. Estas son las acciones públicas *por el lado de la demanda* de salud que incluyen los programas de transferencias condicionadas en efectivo, como es el caso de *Oportunidades*.
- Establecer los marcos regulatorios requeridos para corregir las fallas del mercado o mitigar su impacto. Por ejemplo, hacer obligatoria la contribución al sistema de seguridad social para evitar las distorsiones relacionadas con un mercado exclusivamente privado.

Además de las fallas del mercado, el sector salud se caracteriza por una fuerte presencia de los llamados bienes públicos, cuyo papel se analiza a continuación.

Los bienes públicos y la inversión en salud

Un bien público es aquel que puede ser consumido de manera simultánea por todas las personas y del que no se puede excluir a ninguna. Es decir, es un bien accesible para todos sin que su uso por cualquier agente cuestione su disponibilidad para los demás. Esta característica implica que es imposible o muy difícil que resulte rentable invertir plenamente de forma privada en la producción de bienes públicos. Por ende, este tipo de bienes y servicios deben ser provistos o promovidos por el sector público.

Los bienes públicos en el sector salud incluyen: aquellos que influyen en la salud pública, como el control de enfermedades transmisibles, los sistemas para asegurar la potabilidad del agua, la reducción de la contaminación; aquellos relacionados con la información y el conocimiento, como la protección de los derechos a la propiedad intelectual para asegurar que se siga avanzando la investigación científica o la diseminación y estandarización de la información; aquellos relacionados con la protección contra riesgos sanitarios como las campañas de inmunización, la vigilancia epidemiológica y la prevención de siniestros.

Este tipo de bienes públicos contribuyen al crecimiento económico a través de los siguientes mecanismos: incremento en la productividad laboral (por ejemplo, el control de enfermedades transmisibles, la distribución de micronutrientes y las campañas de información sobre la buena salud); ahorros en gasto en salud e incremento en la productividad en el sector; aumento del atractivo de inversión

en el capital humano, aumento de la longevidad de los trabajadores y menor tasa de depreciación de tal inversión (por ejemplo, la ausencia de enfermedades, el control epidemiológico, los alimentos inocuos, la seguridad en el trabajo, la investigación y el desarrollo para nuevos tratamientos, los sistemas de agua potable y otros); fomento del desarrollo tecnológico (por ejemplo, los sistemas de información estandarizados, la protección a la propiedad intelectual, el conocimiento de tratamientos nuevos, el descubrimiento y diseminación de nuevas tecnologías); mejor ambiente de inversión; expansión del tamaño del mercado (por ejemplo, el acceso a la alimentación inocua, el acceso al agua potable, los sistemas que aseguran la calidad de los servicios de la salud, así como las campañas de información, entre otros), e infraestructura para los discapacitados.

Asimismo, los bienes públicos de la salud contribuyen a reducir las trampas de pobreza, por ejemplo a través de la erradicación de enfermedades mediante la vacunación de la población, la reducción de la contaminación, la prevención de siniestros, la seguridad en el lugar de trabajo, las medidas públicas de prevención de desastres, y la vigilancia epidemiológica, entre otros. Los bienes públicos, por su naturaleza no exclusiva, llegan a segmentos mucho más amplios de la población y, por lo tanto, ayudan a disminuir las desigualdades que existen en una sociedad.

El gobierno puede compensar la subinversión que, por definición, existe en bienes públicos. Esto no significa, sin embargo, que sea aconsejable invertir en todos los bienes públicos sin analizar primero los costos y beneficios de cada uno. La evidencia muestra que, por ejemplo, la inversión en la prevención y en políticas “saludables” (por ejemplo, en agua potable) tiene grandes beneficios.

En suma, si el objetivo es optimizar el uso de los recursos desde el punto de vista social, la acción pública es necesaria tanto por la presencia de fallas del mercado como de bienes públicos.

LA SALUD EN MÉXICO

Los niveles de salud

Dado que la salud es un determinante clave del bienestar y el crecimiento potencial de un país, ¿cuál es el desempeño de los indicadores convencionales de salud tanto en términos de niveles como de su evolución en el caso de México?

Si tomamos la esperanza de vida al nacer como un indicador sintético del estado de salud, México presenta niveles promedio de salud consistentes con su nivel de ingreso per cápita.¹⁰ Sin embargo, cuando se utilizan indicadores menos generales, como por ejemplo la tasa de mortalidad en menores de un año, se encuentra que México tiene una tasa 22% mayor que la esperada para países de un nivel de desarrollo similar. En 1998 (fecha del estudio), esto representó cerca de 20 mil muertes infantiles por encima de lo que debiera observarse.¹¹ Es decir, con base en este indicador tan relevante, México muestra un nivel de salud deficiente.

En términos de su evolución, una forma de valorar el progreso de los indicadores es comparar el avance observado con las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.¹² Hasta la fecha, los avances son mixtos: por ejemplo, el avance es adecuado para la tasa de mortalidad infantil y para la prevalencia de bajo peso en menores de cinco años, pero inferior al necesario para la tasa de mortalidad materna. Entre 1990 y 2001, el avance de México en este último indicador fue de 32.7%, por debajo del ritmo de reducción que sería consistente con la meta de los Objetivos, es decir, 44%. Por lo tanto, acelerar la reducción de la tasa de mortalidad materna representa uno de los retos importantes para México. Los factores que están detrás de la alta mortalidad materna son la persistencia de problemas de acceso oportuno a los servicios de salud y la inadecuada atención del embarazo, parto y puerperio en los medios rurales y las zonas urbanas marginadas.

Más allá de los avances en los indicadores a nivel nacional, los indicadores de salud en México presentan enormes diferencias entre regiones, etnias y grupos socioeconómicos. Un ejemplo de esto es que en el municipio con menor Índice de Desarrollo Humano, es decir, Metlatónoc, en el estado de Guerrero, la tasa de mortalidad en menores de un año es de 66.9 por cada mil niños nacidos vivos, mientras que la delegación Benito Juárez de la Ciudad de México presenta una

¹⁰ Véase Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2005).

¹¹ Véase Bertozzi y Gutiérrez (2003).

¹² Las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio incluyen, entre otras, reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día; reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años; reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna y haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.

tasa de 17.2.¹³ La tasa de mortalidad infantil del decil más pobre es de 38 por mil y la del decil más rico es de 19.7 por mil. La estatura media de un adulto del decil más pobre es de 1.53m y la del decil más rico es 1.61m.

La tasa de mortalidad materna también muestra grandes contrastes, pues las cifras más elevadas se registran en las zonas sur y centro del país, y seis entidades federativas de estas zonas concentran más del 50% de las muertes maternas. Esto es probablemente el reflejo de las enormes disparidades en la cobertura del parto en unidades médicas. La mitad de las entidades federativas tienen coberturas mayores a 90%, pero hay estados con coberturas por debajo de 60%. A nivel municipal, según la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000, el porcentaje de partos atendidos en los 386 municipios de muy alta marginación (del total de 2443 municipios en el país) es ligeramente superior al 36%. En contraste, en los 247 municipios menos marginados, la cobertura en unidades médicas alcanza casi el 94%. Algunos estudios presentan cifras todavía más alarmantes: en algunas comunidades indígenas el porcentaje de nacimientos atendidos en unidades médicas es menos del 10%.

Dada la enorme desigualdad en los indicadores de salud, las metas de México deben plantearse no sólo para el promedio del país, sino establecer máximos (o mínimos según el indicador de que se trate) que deberán alcanzarse, por ejemplo, en el 2015 a nivel estatal y para los que sea posible también a nivel municipal.

Adicionalmente, las metas de México en materia de salud deben incluir los nuevos desafíos de las enfermedades crónico-degenerativas, como los padecimientos cardiovasculares y la diabetes mellitus. Esta última ha tenido un gran crecimiento en los últimos años, ya que a finales de los años setenta era la cuarta causa de muerte en nuestro país y ahora es considerada la primera, provocando el 12% de todas las muertes. Las enfermedades crónicas están asociadas a cambios en los niveles de ingreso y en la estructura demográfica.

La inversión pública en el sistema de salud

La inversión total (pública y privada) en salud que México realizó en el año 2004 fue de 6.3% del PIB. Este porcentaje es menor al promedio latinoamericano (6.5% durante 2003) y relativamente bajo si se le compara con el nivel de inversión observado para 2003 en otros países con un nivel de ingresos semejante:

¹³ Véase PNUD(2004).

Costa Rica (7.3%), Brasil (7.6%) y Uruguay (9.8%). Asimismo, es un porcentaje de inversión bajo comparado con los registrados en promedio para los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (8.7%). En Canadá, por ejemplo, la inversión en salud ascendió a 10.1% en 2004, y en los Estados Unidos representó el 16.0% del PIB en 2004. En México la inversión pública en el 2004 representó el 47% de la inversión total en salud, mientras que países latinoamericanos con ingresos similares o incluso inferiores al nuestro, como Chile y Honduras, tuvieron una mayor participación de la inversión pública (48.8% y 56.5%, respectivamente durante 2003).¹⁴

Más allá de la comparación internacional cabe preguntarse si los niveles de inversión pública en salud en México son adecuados. La inversión pública en salud se puede analizar considerando su monto total, las fuentes de financiamiento y la distribución de recursos canalizados al sistema de salud. La información disponible sugiere que en México la inversión en salud es menor a la requerida y a la esperada para un país con el nivel de desarrollo y necesidades como el nuestro; que el financiamiento tiene deficiencias y la distribución de los recursos no contribuye cabalmente a reducir las grandes disparidades en los indicadores de salud mencionadas antes. Además, indica que los recursos no se utilizan necesariamente en aquellas intervenciones que permiten obtener los mejores resultados para la población en su conjunto.

Como evidencia de que la inversión pública en salud es menor a la requerida o esperada están las comparaciones internacionales mencionadas más arriba, pero, sobre todo, el comportamiento de los indicadores de salud descritos anteriormente. Otro elemento que evidencia la insuficiencia de la inversión pública en salud son la proporción de la población no cubierta y el peso del llamado “gasto de bolsillo” en el gasto en salud, sobre todo para la población pobre.

¹⁴La inversión pública en salud incluye el gasto en todas aquellas actividades cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, mantenimiento, mejoramiento y protección de la salud. La inversión sucede tanto fuera como dentro del sistema de salud. Dentro del sistema de salud, las actividades de inversión más relevantes comprenden: la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, el tratamiento de las patologías y la reducción de la mortalidad prematura, la provisión de cuidados a las personas con enfermedades crónicas, la provisión de cuidados a las personas con deficiencias, incapacidades o discapacidades relacionadas con la salud, la rehabilitación, la provisión y administración de la salud pública, la gestión de programas de salud, seguros de salud y otros mecanismos de financiamiento, y la rectoría del sistema de salud, así como la inversión en bienes públicos del sistema de salud. Fuera del sistema de salud, las actividades de inversión más importantes incluyen los programas que mejoran la calidad de vida, nutrición y educación de los individuos, la infraestructura sanitaria básica y de agua potable, el desarrollo ecológico sustentable, las comunicaciones y transportes y la vivienda así como la inversión en bienes públicos fuera del sistema de salud. En este informe sólo se analiza el gasto dentro del sistema de salud y el correspondiente al programa focalizado de transferencias condicionadas Oportunidades. Las cifras mencionadas en el texto se refieren al gasto dentro del sistema de salud únicamente.

Uno de los principales objetivos de un sistema de salud moderno es garantizar la equidad, a través de esquemas de financiamiento justos que protejan a toda la población contra gastos excesivos por motivos de salud —particularmente contra riesgos que pudieran generar trampas de pobreza— y que promuevan una mayor igualdad en el acceso a la atención y en las oportunidades para mejorar las condiciones de salud. En este sentido el sistema mexicano presenta un desempeño inadecuado. Una alta proporción de las personas (más del 50%) no está cubierta por la seguridad social, el gasto de bolsillo representa más de la mitad del gasto total en salud y, por lo mismo, un alto porcentaje de los hogares mexicanos corre el riesgo de incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud e intensificar su grado de pobreza o convertirse en pobres.

En el estudio comparativo internacional realizado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2000 se estableció que el problema más crítico que presentó México a finales del milenio, al ocupar el lugar número 144 de entre 189 países, fue el de la “equidad en la contribución financiera,” ya que más de la mitad de la población estaba excluida de sistemas de seguridad social y casi la totalidad del dinero que circulaba en el sector privado provenía de gastos de bolsillo. Además de que el sistema de salud, medido a través de otros indicadores de desempeño y calidad, estaba entre los lugares 55 y 64, posiciones poco halagüeñas para un país que se encuentra entre las principales economías del mundo.

El peso desproporcionado del gasto de bolsillo tiene dos consecuencias negativas: es ineficiente, porque se pierde la oportunidad de agrupar riesgos y refuerza la desigualdad económica. Esto ocurre porque el gasto de bolsillo tiende a ser mayor, como porcentaje del ingreso total familiar, en los hogares más pobres. Según la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) de 2004, si bien el gasto de bolsillo promedio por familia es mayor en términos absolutos conforme aumenta el ingreso, la población mexicana ubicada en el decil más bajo de ingresos dedica, en pagos directos, alrededor de 8.5% de su ingreso a la atención de su salud, mientras que los hogares del decil de mayores ingresos dedican el 2.6% del mismo.

El gasto público ejercido a favor de la población sin acceso a la seguridad social es altamente progresivo (y pro-rural) y el gasto en beneficio de la población con acceso a la seguridad social es altamente regresivo (y pro-urbano). El efecto combinado de la suma de ambos gastos implica que la distribución del gasto público total en salud resulta ligeramente regresiva a nivel nacional, aunque se vuelve prácticamente neutral si se excluyen, en el caso del Instituto

Mexicano del Seguro Social, las contribuciones de los beneficiarios (trabajadores y patrones) y sólo se consideran las contribuciones del gobierno federal (a través de impuestos generales).

Dada la gran desigualdad observada en los indicadores de salud, encontrar que el gasto público en salud es, en el mejor de los casos, neutro desde el punto de vista distributivo es un defecto del sistema que habrá que corregir. Lo deseable y conveniente sería que el gasto público en salud fuera altamente redistributivo. Es importante señalar que en los últimos años se han hecho esfuerzos por corregir esto pero que resultan todavía insuficientes. El cambio más significativo entre los años 2000 y 2006 ha sido el incremento de más de 70% en términos reales de los recursos federales para la población sin seguridad social. Considerando que la población sin seguridad social representa poco más de la mitad de la población nacional, a pesar del incremento todavía existe un desbalance en el gasto público por beneficiario a favor de la población asegurada.

El aumento mencionado en el párrafo anterior está asociado a la reciente introducción del Seguro Popular. Al cierre de 2005, el Seguro Popular había incorporado a 11.4 millones de personas principalmente de los dos deciles de menor ingreso. El Seguro Popular es un esquema de aseguramiento en salud que se enfoca a las familias que por sus condiciones laborales no cuentan con acceso a la protección de las instituciones de seguridad social. La progresividad del gasto canalizado a través del Seguro Popular permite esperar que el incremento del gasto en salud a través de este instrumento tendrá un impacto positivo en la cobertura de la población en condiciones de pobreza. Es importante recalcar que el Seguro Popular debe verse como una solución transitoria ya que el esquema ideal es aquel adonde la totalidad de la población esté inscrita en el sistema formal de seguridad social.

El aseguramiento en salud que provee el Seguro Popular cuenta con un paquete de intervenciones médicas y medicamentos explícitamente definidos. La incorporación de familias se realiza mediante un esquema de prepago subsidiado, mientras que los servicios de salud a la persona se distribuyen en un paquete de servicios esenciales y en un paquete de servicios de alto costo financiado a través de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Al mismo tiempo que existen marcadas diferencias en la asignación de recursos entre la población cubierta y no cubierta, hay también una desigualdad en la asignación geográfica de recursos, resultado de la distribución histórica de fondos federales hacia las entidades con base en los requerimientos determina-

dos por la oferta de servicios. La distribución muestra una diferencia de 6 a 1 entre la entidad con mayores recursos públicos per cápita y la entidad con menores recursos, sin que esta diferencia se explique por variaciones en las condiciones o en las necesidades de salud de la población en unos y otros estados. Por ejemplo, el gasto per cápita para la población asegurada del Distrito Federal es seis veces mayor que el gasto correspondiente al Estado de México. El gasto per cápita para población no asegurada es cuatro veces mayor en Baja California Sur que en Chiapas. La diferencia más marcada se observa entre el gasto per cápita en la población asegurada del Distrito Federal (7,046 pesos en 2003) y el de la no asegurada en el Estado de Puebla (616 pesos). De hecho, Puebla tiene el índice de mayor desigualdad en la asignación del gasto en salud entre población asegurada y no asegurada, a pesar de la enorme pobreza que priva en el estado.

Con base en el índice de marginación elaborado por el Consejo Nacional de Población se concluye que aquellos estados con un índice de marginación menor son los que reciben mayor cantidad de recursos públicos, y que a la vez su población cuenta con una mayor cobertura de la seguridad social. Muy por el contrario, en los estados que presentan un índice de marginación mayor, los recursos públicos destinados a la salud son menores y su población, en gran medida, no se encuentra protegida por la seguridad social. Esta diferencia en cobertura, aunada al hecho de que las entidades federativas con grado de marginación alto gastan, en promedio, menos recursos en la población no asegurada, ocasiona una gran disparidad.

En la medida en que las tasas de mortalidad materna e infantil estén determinadas de manera importante por las condiciones de acceso a los servicios de salud, entonces es válido preguntar cuál sería el costo de eliminar las barreras al acceso. En 2004, cada asegurado por algún esquema público de aseguramiento costó al sector público \$2,682 pesos en promedio. Si tomamos este costo promedio como parámetro, ofrecer la misma cobertura a toda la población requeriría que el gasto público en salud se incrementara en un monto equivalente a alrededor de 1% del PIB.¹⁵

Estudios recientes muestran que la inversión pública en salud es rentable cuando ésta ocurre en contextos institucionales razonablemente adecuados.

¹⁵Estimaciones realizadas por la CMMS. Se asume que los recursos destinados a otros servicios de salud distintos a la atención médica permanecen sin modificación.

Según estimaciones del Banco Mundial (2004), para países con un índice de calidad de las instituciones igual a la media, un incremento de 10% en el gasto público en salud como proporción del PIB estaría asociado a una reducción de 7% en la mortalidad materna, una reducción de 0.69% en la mortalidad en menores de cinco años y una disminución de 4.14% en el bajo peso de niños menores de cinco años.

Subsidios al consumo familiar en salud: el programa Oportunidades

Además del sistema de salud, existen en México diferentes programas gubernamentales que producen beneficios para la salud, el más importante en términos de recursos y cobertura es el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades administrado por la Secretaría de Desarrollo Social.

Oportunidades es un programa de transferencias en efectivo, condicionadas al cumplimiento de ciertas pautas. El gobierno transfiere dinero de manera directa a la familia, con la condición de que todos los miembros acudan a los servicios de salud, que las madres asistan a sesiones de información nutricional e higiene y que los niños asistan a la escuela. Este programa no sólo incrementa los ingresos de manera temporal, sino que, además, fomenta mejoras en la productividad y en los salarios futuros de los niños beneficiados por su impacto en el capital humano. En el 2005 Oportunidades atendió, aproximadamente, a 5 millones de familias en más de 70 mil localidades de todo el país, tanto en zonas rurales como urbanas, con un presupuesto superior a los 25 mil millones de pesos. Esto representa más del 100% de las familias situadas por debajo de la línea de pobreza alimentaria en el año 2002.¹⁶

El programa Oportunidades ha sido sujeto a una rigurosa evaluación de impacto, incluyendo el impacto sobre indicadores de salud. Algunas estimaciones indican que la incorporación al programa Oportunidades se asocia con una reducción de 11% en la mortalidad materna y de 2% en la mortalidad en menores de un año. Para el caso de la mortalidad materna, el efecto de Oportunidades es más fuerte en municipios de media y muy alta marginación, y para el caso de mortalidad infantil, en municipios de muy alta marginación. El consumo promedio de alimentos de los hogares de Oportunidades, después de un año de operación del programa, era 11% mayor al de hogares no participantes. Este

¹⁶ Fosado y López-Calva (2004).

aumento se debe en gran parte a mayores gastos en frutas, verduras y productos animales. La ingesta calórica media de los hogares aumentó en 7.8%.

Debido al procedimiento de selección de los beneficiarios, Oportunidades es un mecanismo redistributivo importante. Un análisis de la incidencia del gasto público en salud muestra que el pago a los pensionados del ISSSTE es el gasto más regresivo y las transferencias del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (antes Progresá) es el rubro de gasto más progresivo.¹⁷

La protección social para riesgos de salud

Hacer frente a la enfermedad cuando no se cuenta con mecanismos que permitan protegerse ante el riesgo de su ocurrencia, conlleva la posibilidad de empobrecerse o, incluso, de caer en una trampa de pobreza. Esta situación no afecta de igual forma a toda la población. Es más probable incurrir en gastos catastróficos de salud o caer en una trampa de pobreza conforme disminuye el nivel de ingreso de la familia, lo cual implica una alta inequidad en el impacto que tiene la falta de salud sobre la población.

El aseguramiento es fundamental para reducir el impacto de los eventos idiosincrásicos de salud. En la medida en que los esquemas de aseguramiento no lleguen a los grupos más pobres, aumenta la probabilidad de que las familias caigan en trampas de pobreza. La falta de protección social ante riesgos idiosincrásicos de la salud causó que en el 2002 cerca de 900 mil hogares incurrieran en gastos catastróficos y 4 millones de hogares sufrieran un gasto “empobrecedor”.

Desde una perspectiva meramente económica, el aseguramiento puede verse como “la otra cara de la moneda” de la inversión en capital humano. El aseguramiento previene el deterioro del capital humano ante eventos adversos de salud que el individuo o las familias no pueden evitar.

La proporción de personas aseguradas en México es relativamente baja: como ya se dijo, más del 50% de la población no cuenta con seguro médico a través de la seguridad social. Hasta antes de la puesta en marcha del Seguro Popular, en el sistema de salud han existido programas y esquemas asistenciales para quienes no tienen acceso a la seguridad social, sin embargo, su cobertura ha sido limitada. Como lo refleja la gran participación del gasto de bolsillo en el gasto en salud, los servicios públicos no están otorgando un nivel de protección

¹⁷ Véase Lustig (2005).

adecuado sobre todo desde el punto de vista financiero. El esquema de los programas de aseguramiento público vigente, es deficiente: no es universal, no mancomuna riesgos, deja desprotegidos a los usuarios ante ciertos eventos riesgosos, y la asignación de recursos está sesgada a servicios menos costo-efectivos que los servicios preventivos.

Algunos elementos deseables que debe tener el sistema de aseguramiento en México son: un esquema universal que cuente con un fondo único de mancomunicación que contribuya a eliminar los problemas de información asimétrica; un marco legal y regulatorio que contemple de manera integral y general los aspectos de recaudación, mancomunación, pago y provisión de servicios de salud, integrando a todas las entidades involucradas en el sector y con cobertura a toda la ciudadanía; que se separen las funciones de financiamiento de las de mancomunación y de la provisión de servicios; una cobertura básica que si bien puede ser responsabilidad gubernamental no necesariamente tiene que ser provista por el Estado, y un conjunto de servicios que sea a la vez el más costo-efectivo en términos económicos y aceptable desde la perspectiva de la sociedad.¹⁸

En su forma actual el sistema de salud no cumple aún con las condiciones deseables de un esquema de aseguramiento, aunque presenta iniciativas de aseguramiento voluntario que hacen posible avanzar de manera paulatina hacia el modelo buscado. Como ya se ha mencionado, con el establecimiento del Seguro Popular ya se ha logrado asegurar alrededor de una quinta parte de las personas que anteriormente carecían de protección financiera contra riesgos de salud.

Este esquema de aseguramiento muestra también algunos elementos que pueden permitir avanzar hacia una separación efectiva del financiamiento y la provisión de servicios de salud. En este caso el Gobierno Federal opera significativamente como un asegurador, mientras que los gobiernos estatales adquieren el papel de administradores y proveedores. Sin embargo, no se observa de manera generalizada un mecanismo similar para el flujo de recursos desde los gobiernos estatales hacia las unidades médicas, que son las prestadoras directas de los servicios de salud. Para que la separación entre financiamiento y provisión de servicios derive en una mayor correlación entre recursos públicos y necesidades de salud, el Seguro Popular debe madurar hasta que los mecanismos de transferencia de recursos desde su origen y hasta llegar a las unidades médicas queden perfectamente definidos.

¹⁸ Véase Cruz *et al.* (2004).

Más aún, un mecanismo de pagos claro y eficiente haría más fácil transitar en el futuro hacia un fondo único de financiamiento. La existencia de un fondo de financiamiento mancomunado es posible incluso ante la fragmentación del sistema de salud en varias instituciones, pero para esto es necesario establecer también mecanismos claros de portabilidad de beneficios entre los diferentes sistemas de aseguramiento que conforman la protección social en salud.

La universalidad en la cobertura requiere que la población actualmente no asegurada tenga acceso a un esquema formal de aseguramiento con financiamiento predominantemente público. Esto representaría un avance importante hacia la consolidación o agregación de riesgos de la población no asegurada. La canalización de una buena parte del gasto de bolsillo a través de un esquema formal de prepago representa una mejora significativa para minimizar el riesgo en salud al que las familias están actualmente expuestas.

RECOMENDACIONES

Recomendación 1. Establecer metas de resultado congruentes con el nivel de ingreso per cápita de México

En México, país que se encuentra entre las economías más importantes del mundo, hay un rezago significativo y una gran desigualdad en indicadores básicos de salud como la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad materna. En este último, el grado de avance está por debajo del requerido para cumplir con la meta de los Objetivos del Milenio. Con el fin de enfocar mejor los esfuerzos institucionales y los recursos, se requiere un replanteamiento de las metas, para ir “más allá” de los Objetivos del Milenio:

1. Para los indicadores de salud como la mortalidad infantil y la mortalidad materna, se debe plantear una fecha más cercana que el 2015 para el logro de la meta.

2. En el caso de indicadores que presentan grandes brechas entre regiones, deben plantearse metas a nivel subnacional y en términos absolutos: por ejemplo, que en el 2015 ningún municipio tenga una tasa de mortalidad infantil por encima del promedio nacional de 1990.

3. Incorporar metas para reducir la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas mismas que han crecido de manera alarmante.

Recomendación 2. Aumentar la inversión pública en salud, cambiar su composición e introducir nuevos mecanismos de transparencia y rendición de cuentas, con miras a mejorar la efectividad y eficacia del gasto en salud

El nivel y la distribución de la inversión en salud son inadecuados para abatir los rezagos existentes. Se propone:

1. Incrementar la inversión en salud dentro del sistema de salud, entre 1% y 1.5% del PIB de aquí al 2015. Este aumento —si los recursos son bien utilizados— corregiría parte importante de los rezagos y la desigualdad en los indicadores de salud.

2. Corregir cuanto antes la relación inversa entre grado de marginación del municipio y recursos públicos recibidos y vincular la reasignación de recursos al logro de las nuevas metas propuestas a nivel subnacional y a un esquema de cobertura universal frente a riesgos de salud.

3. Garantizar la disponibilidad de recursos presupuestales para el cumplimiento de los objetivos planteados por la reforma a la Ley General de Salud realizada en 2003 que establece la creación del Sistema de Protección Social en Salud.

4. Garantizar un esfuerzo coordinado de la inversión requerida fuera del sector salud para el logro de las metas y la cobertura universal: por ejemplo, agua potable, vialidad segura, mayor educación básica de las mujeres, información sobre prevención de enfermedades y protección del medio ambiente.

5. Introducir nuevos esquemas de transparencia y rendición de cuentas con la participación de los usuarios y llevar a cabo ejercicios de evaluación técnica, financiera y de impacto de los programas gubernamentales.

6. Privilegiar el financiamiento de aquellas intervenciones, tanto de salud a la persona como de salud pública, que sean más costo-efectivas. Para esto es necesario establecer formas de jerarquizar los programas y acciones con sustento técnico. En particular, es importante reorientar el gasto de la atención médica a la prevención.

Lo anterior, aunado a las reformas a la seguridad social que se mencionan más adelante, debiera llevar a los siguientes resultados: i) lograr las nuevas metas de resultados mencionadas anteriormente, ii) garantizar una cobertura universal contra riesgos de la salud (sobre todo los catastróficos) iii) reducir la proporción de gasto de bolsillo a niveles comparables con las mejores prácticas a nivel internacional y iv) disminuir el desperdicio de recursos.

Recomendación 3. Reformar el sistema de protección social para riesgos de salud

El sistema de seguridad social para riesgos de salud actual es ineficiente porque no integra la totalidad de los riesgos, y es desigual porque más del 50% de la población no está cubierta. Por ello se propone una reforma al sistema actual que no necesariamente implica tener que eliminar o fundir las instituciones encargadas de la atención médica.¹⁹ A continuación se detallan los componentes del esquema propuesto:

1. Establecer un fondo único de financiamiento para la compensación de riesgos a nivel nacional. Esto permitiría obtener una ganancia fuerte en la eficiencia del sistema, porque eliminaría la fragmentación actual.

2. Definir de manera explícita las intervenciones de atención médica que estarían cubiertas por este fondo. El propósito de esto es identificar aquellos riesgos que se consideren prioritarios, ya sea por su impacto en el nivel de salud de la población en general o porque el costo de su atención pueda descapitalizar a la población de menores ingresos (y crear o profundizar las trampas de la pobreza). La amplitud de las intervenciones cubiertas por este seguro estará determinada, en primer lugar, por la capacidad financiera del gobierno federal, toda vez que su financiamiento provendría principalmente de recursos presupuestales (contribuciones complementarias menores de los hogares de mayores ingresos podrían considerarse por cuestiones de equidad y eficiencia).

3. Cualquier otra contingencia de salud deberá ser atendida por esquemas complementarios, que pueden o no estar asociados al régimen laboral de los beneficiarios.

4. Permitir a múltiples instituciones ser proveedoras de servicios de salud. Si bien los recursos para la atención médica saldrán del fondo único de financiamiento, esto no significa que deba existir una institución única para la provisión de los servicios. En particular, se puede considerar la posibilidad de que el IMSS, el ISSSTE y los servicios de salud de los estados ofrezcan los servicios que cubre este seguro, sin quedar excluida la posibilidad de que otras instituciones (públicas o privadas) puedan también participar como proveedores.

¹⁹ Idealmente, la reforma integral del sistema de salud debería hacerse con base en una concentración de los sistemas actuales, para generar la mayor eficiencia. Sin embargo, hacerlo puede llevar años sino décadas debido a los predecibles obstáculos políticos que esto llevaría. Por ello, el informe propone seguir una alternativa que conjuga una mayor eficacia (que el sistema actual) con la viabilidad política.

Permitir la existencia de múltiples proveedores podría mejorar la eficiencia y resultar en servicios más sensibles a las preferencias de los usuarios, como resultado de la competencia.

5. Garantizar la portabilidad de derechos. La cobertura de los servicios incorporados en este seguro a toda la población significa, también, que los beneficiarios pueden cambiar su situación laboral o su ubicación geográfica sin perder su derecho a la atención médica.

Recomendación 4. Invertir en programas de prevención de mortalidad materno-infantil y desarrollo infantil temprano

La mayoría de las causas de la mortalidad materna y de la mortalidad en menores de 5 años se presenta con mayor frecuencia en las comunidades más pobres del país y actualmente ya se cuenta con alternativas costo-efectivas para su prevención. Su atención prioritaria puede no sólo reducir la mortalidad para el país en su conjunto, sino también puede ser un instrumento importante en la reducción de la desigualdad en el acceso a servicios de salud. En particular, se recomienda lo siguiente:

1. Establecer redes de urgencias obstétricas que gocen de capacidad resolutive para brindar atención médica oportuna y así prevenir y tratar padecimientos hipertensivos y de hemorragias del embarazo, que constituyen las principales causas de mortalidad materna.

2. Asignar recursos etiquetados para combatir las principales causas de mortalidad materna e infantil.

El desempeño laboral y la capacidad de aprendizaje a lo largo de la vida se fundamentan en el desarrollo infantil temprano. Asegurar la nutrición y la salud desde la gestación y los primeros dos años de vida, constituye un elemento esencial del combate de la pobreza. Se recomienda:

1. Continuar con los programas exitosos como el programa de transferencias de ingreso condicionadas Oportunidades y la consolidación del Seguro Popular de Salud, así como otros cuya evaluación arroje resultados positivos y llevar a cabo las modificaciones requeridas para aumentar más aún su efectividad.

2. Desarrollar programas que contribuyan a mejorar los niveles de educación, las oportunidades de ingreso y el poder de decisión dentro y fuera del hogar de las mujeres, tanto en zonas urbanas como en zonas rurales marginadas.

Recomendación 5. Proteger el acervo de salud en situaciones adversas sistémicas

México ha enfrentado crisis económicas y desastres naturales, los cuales han tenido impactos importantes sobre los niveles de salud de la población sobre todo en la población pobre. A veces las situaciones adversas no afectan al país pero tienen efectos devastadores para las zonas pobres (como cuando baja el precio del café, por ejemplo). Para mitigar el impacto de situaciones adversas sistémicas se recomienda:

1. Generar fondos de contingencia durante los periodos de bonanza con reglas claras y transparentes para su uso.

2. Tener la capacidad institucional para poner en marcha programas de respuesta rápida que protejan a los hogares pobres de pérdidas irreparables en su capital humano: por ejemplo, programas de respuesta rápida a damnificados de desastres naturales, programas de nutrición para mujeres embarazadas y niños, programas de transferencias en efectivo o en especie (condicionadas o no condicionadas) y programas de empleo temporal.

No contar con estos mecanismos de protección social frente a situaciones adversas de carácter sistémico puede retrasar de manera significativa el logro de las metas de salud y con ello perder el impacto positivo que las mejoras en salud pueden tener sobre el crecimiento económico y la reducción de la pobreza.

I. SALUD, CRECIMIENTO ECONÓMICO Y SUPERACIÓN DE LA POBREZA

PARA ENTENDER LA RELACIÓN entre salud y crecimiento económico es necesario no solamente comprender las fuerzas positivas que la sustentan, tales como la acumulación de capital humano y físico y el cambio tecnológico, sino también las fuerzas negativas que interfieren con ella, como fallas en el financiamiento de la salud y la educación. En este capítulo se estudia la salud como determinante del nivel de ingreso y del crecimiento económico, así como de los niveles de pobreza. Se identifican los canales a través de los cuales la salud actúa y la posibilidad de que los problemas de salud provoquen que las familias caigan en trampas de pobreza; todo esto, enfocado al caso específico de México. El análisis de la salud como determinante del desarrollo económico se sustenta en la teoría del crecimiento y en el papel que la salud juega en la acumulación de capital humano.

La nutrición y la salud desempeñan un papel sustancial en el crecimiento económico, tal como lo demuestran diversos estudios históricos que se remontan hasta dos siglos atrás en el caso de países desarrollados. En los países latinoamericanos se ha verificado una correlación importante entre la esperanza de vida y el ingreso, observación que también se ha corroborado en el caso de México. Una mejor comprensión de la magnitud de este fenómeno y de los mecanismos bajo los cuales opera, permitiría diseñar e implementar políticas de salud más eficaces y por tanto mejor eslabonadas con el desarrollo económico.

El vínculo entre salud y desarrollo económico es bidireccional. Un mayor desarrollo económico permite a la población de un país obtener un mejor estado de salud, y a la inversa: un mejor estado de salud promueve de modo natural un mayor desarrollo económico, entendido este último como una combinación del nivel de ingreso, su tasa de crecimiento y su distribución entre la población.²⁰

²⁰ Aunque no existe una definición clara y precisa de desarrollo económico, es común asociar un buen desarrollo económico con un buen nivel de ingreso, que además crece de forma sostenida y suficiente, y se distribuye equitativamente entre la población.

Un mayor nivel de ingreso permite generar un mejor estado de salud mediante la compra de servicios médicos, el acceso a la recreación y el ejercicio físico, la ingesta de una dieta adecuada y el mejoramiento de la calidad del medio ambiente. En la dirección inversa, cuando los miembros de la familia están saludables y cuentan con las medidas de higiene necesarias, la familia tiene más posibilidades de trabajar, de producir riqueza y de nutrir y educar a los hijos. En cambio, cuando en una familia se padecen enfermedades o resulta demasiado difícil mantener la higiene, se disminuye este conjunto de capacidades. Los que más sufren la mala salud son los menores, y las consecuencias pueden durar toda la vida.

El carácter bidireccional de la relación salud-ingreso fue formalizado inicialmente por Grossman (1972), que considera la salud como un bien perdurable. Todo individuo nace con un capital de salud, que se va depreciando con la edad y puede ser incrementado mediante la inversión en insumos para la salud. De esta manera, los individuos demandan salud por dos razones. Primero, como bien de consumo, un buen estado de salud proporciona bienestar al individuo (dicho de otra forma, la enfermedad le genera malestar); en salud, como en la mayoría de los bienes, más es mejor que menos, y por tanto conforme crece su ingreso el individuo desea y puede consumir un mejor estado de salud. En segundo lugar, como bien de inversión, la salud determina el tiempo disponible para desempeñarse en el mercado laboral, donde el individuo genera ingresos monetarios, y para trabajar en la producción doméstica de bienes que le generan bienestar.²¹

Contextualizar la relación salud-ingreso en un marco de demanda del consumidor permite comprender mejor los mecanismos mediante los cuales opera. En este marco, el vínculo bidireccional entre la salud y el ingreso está determinado principalmente por un vínculo, también de doble vía, entre la salud y la productividad laboral, donde esta última se determina a su vez, en gran medida, por la capacidad del individuo para acumular capital humano.²² La eficiencia con la que los individuos transforman servicios médicos y otros insumos en un mejor estado de salud se incrementa conforme su educación es mayor. Un

²¹ En el modelo de Grossman, es crucial la distinción entre la demanda por salud y la demanda por servicios médicos. En este caso, la atención médica es sólo uno de los varios insumos para la salud, por lo que su demanda se considera como derivada de la demanda de salud. El contexto teórico necesario para este tratamiento de la demanda por salud lo brindó Becker (1965) en su modelo de producción doméstica.

²² Becker (1993) afirma que se llama capital humano debido a que las personas no pueden ser separadas de su conocimiento, de sus habilidades, de su salud o de sus valores de la misma forma que sí pueden ser separados de sus activos financieros y físicos.

individuo más sano puede ser más eficiente para transformar servicios educativos y conocimiento en capital humano, y además tiene una mayor esperanza de vida, es decir que cuenta con un horizonte de tiempo más largo para explotar los rendimientos de sus inversiones en capital humano.

Estos vínculos, que convierten a la salud en un generador de ingreso para las familias, son los que interesan en particular para los efectos de este informe, debido a que el objetivo principal es el diseño e implementación de políticas públicas que a través de mejorar el estado de salud de la población estimulen el desarrollo económico. La salud no solamente es un importante determinante del nivel de ingreso, sino también de la dinámica de crecimiento del mismo. Al considerarse, junto con la educación, como una forma de capital humano, un buen estado de salud puede incrementar la capacidad de una familia o de un país para acumular riqueza.

LA SALUD COMO DETERMINANTE DEL INGRESO Y EL CRECIMIENTO ECONÓMICO

Las investigaciones sobre el impacto de la salud en el crecimiento económico analizan temas como la productividad laboral adulta, la inversión en capital humano a lo largo del ciclo de vida, la carga económica de las enfermedades y los problemas en la inversión de capital físico debido a la existencia de epidemias (OMS, 2001).

Robert W. Fogel (1991, 1992, 1994a, 1994b), galardonado con el Premio Nobel de Economía en 1993 por sus estudios de historia económica sobre la relación de largo plazo entre la nutrición, la salud y el crecimiento económico, encuentra que más de la tercera parte del crecimiento económico de Inglaterra en los últimos 200 años puede atribuirse a mejoras en la alimentación. La existencia de un impacto de esta magnitud de la salud sobre el crecimiento económico ha sido verificada en diversos países y épocas, incluyendo Latinoamérica y en particular México.

La salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino también la capacidad de las personas para desarrollar todo su potencial a lo largo de la vida. La salud es un acervo que los individuos poseen y que tiene un valor intrínseco y un valor instrumental. La salud impacta el crecimiento económico por muchos canales. Reduce, por ejemplo, las pérdidas de producción ocasionadas por la enferme-

dad de los trabajadores; incrementa la productividad laboral del adulto y la escolar de los niños; aumenta la matrícula escolar de los niños y les permite aprender mejor; hace posible utilizar recursos naturales que, debido a las enfermedades, eran total o prácticamente inaccesibles, y libera recursos financieros que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de las enfermedades.

Aquí nos interesa analizar los primeros dos efectos, es decir, los relacionados con la productividad laboral y con el capital educativo. En el primer caso, la salud (o la falta de salud) impacta en el crecimiento económico a través de la productividad laboral adulta y la carga económica de las enfermedades. En el segundo caso, la salud impacta de manera indirecta en el crecimiento económico, ya que aspectos como la salud infantil afectan el ingreso futuro de las personas a través de la educación. Este canal indirecto es más fácil de entender si se observa a nivel de la familia: cuando una familia está saludable, los padres tienen la posibilidad de buscar y tener un trabajo, pueden generar riqueza y alimentar, proteger y enviar a sus hijos a la escuela. Niños sanos y bien nutridos tendrán un mejor rendimiento escolar; un mejor rendimiento escolar impactará positivamente en el ingreso futuro. Además, si los padres están seguros de que sus hijos tienen una alta probabilidad de vivir hasta ser adultos, tendrán un menor número de hijos y podrán invertir más en la salud y la educación de cada uno de ellos.

Los resultados de investigaciones a nivel macroeconómico establecen que la salud afecta el crecimiento y la educación de manera positiva. Barro (1996) utiliza una muestra de 138 países y encuentra que el crecimiento calculado para tres periodos (1965-1975, 1975-1985, 1985-1990) tiene una correlación positiva con la salud, medida a través de la esperanza de vida al nacer. En un análisis para siete países avanzados, utilizando series de tiempo de más de un siglo de duración, Arora (2001) concluye que las innovaciones en salud tuvieron un impacto mayor en el crecimiento económico que otras innovaciones como la invención de maquinaria y los avances en el transporte de la época. En un trabajo comparativo entre países, Gallup y Sachs (2000) encuentran que aquellas regiones que presentan graves problemas de malaria tienen un crecimiento económico menor. Por su parte, Arcand (2001) analiza el impacto de la nutrición sobre el crecimiento económico en un estudio comparativo entre países; los resultados de su investigación muestran de manera inequívoca que la nutrición afecta el crecimiento económico.²³

²³ Véase además Barro (1991), Barro y Lee (1994), Barro y Sala-i-Martin (1995), Knowles y Owen (1995, 1997), Sachs y Warner (1995, 1997), Easterly y Levine (1997), Bhargava, Jamison, Lau, y Murray (2000).

En el caso de los países de Latinoamérica y el Caribe, Mayer-Foulkes (2001a) encuentra que la salud, medida como la probabilidad de sobrevivir al próximo grupo de edad y obtenida de la esperanza de vida por edad y sexo, presenta una fuerte relación de largo plazo con el crecimiento.²⁴ Para analizar la relación directa entre salud y crecimiento en México, Mayer-Foulkes (2001b) hace un análisis sobre los determinantes del crecimiento entre las entidades federativas del país para el periodo 1970-1995. El autor utiliza variables como la esperanza de vida y la mortalidad para diferentes grupos de edad y presenta datos iniciales desde 1950 o 1955, por lo que se puede observar la relación de los rezagos en salud con el crecimiento económico. Los resultados sobre México y Latinoamérica concuerdan con los resultados macroeconómicos e históricos internacionales ya mencionados, en tanto que indican que la salud es un factor causal responsable de aproximadamente un tercio del crecimiento económico de largo plazo.

Estudios a nivel microeconómico también encuentran un impacto directo de la salud adulta sobre la productividad y el ingreso, si bien el efecto observado es menor al que se reporta en los estudios comparativos o históricos a nivel de países y regiones.²⁵ No obstante, cuando se analiza el impacto de la salud sobre el ingreso a través del canal causal indirecto de la educación, la magnitud que se encuentra es muy importante.

Case, Lubotsky y Paxson (2002) documentan que en Estados Unidos la salud de los niños está positivamente relacionada con el ingreso futuro del hogar. Los niños provenientes de hogares pobres llegan a la edad adulta con problemas crónicos de salud y habiendo perdido tal cantidad de días de escuela, que la habilidad futura para generar ingresos se reduce. Case, Fertig y Paxson (2003) se basan en el Estudio Nacional de Desarrollo Infantil de 1958 de Gran Bretaña, el cual da seguimiento a la vida de todos los niños nacidos en una de las semanas del mes de marzo de ese año hasta la fecha, y concluyen que la salud infantil temprana es la variable que explica la correlación existente entre salud e ingreso en la edad adulta. Los resultados muestran que la salud de los niños durante sus primeros años determina las condiciones futuras de esa generación, y que la salud durante esos primeros años depende de las condiciones del hogar. Se corrobora que la salud temprana afecta de manera importante el estado de

²⁴ Los países incluidos en el análisis son: Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, R. Dominicana, Uruguay y Venezuela.

²⁵ Véase Schultz (1992, 1997, 1999), Thomas, Schoeni y Strauss (1997), Strauss y Thomas (1998), Savedoff y Schultz (2000).

salud y el rendimiento educativo de los jóvenes, lo que a su vez tiene un efecto significativo en la salud y el ingreso de los adultos (figura I.1). Los autores encuentran que a similares ingreso, estatus social y educación de los padres, aquellos niños con una salud precaria tienen logros educativos significativamente menores, y en la edad adulta su salud es significativamente más pobre y sus ingresos promedio son menores. Los dos estudios anteriores muestran que a nivel microeconómico la salud infantil tiene un impacto indirecto sobre el ingreso adulto a través de la educación, y que dicho impacto resulta significativamente mayor que el impacto directo.

Resumiendo, la riqueza de la familia afecta fuertemente el desarrollo infantil temprano, y éste es a la vez un determinante importante de la educación y la salud del adulto joven y por tanto de su ingreso, educación y salud a lo largo de la vida.

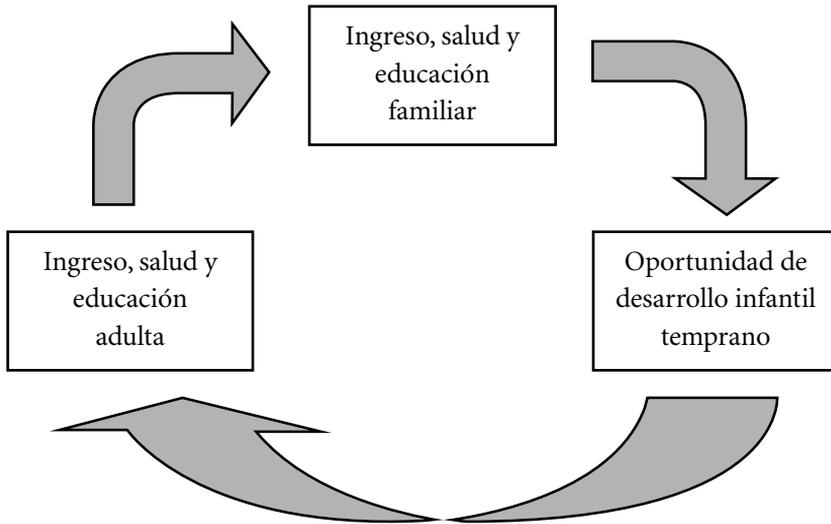
En otros estudios, Moock y Leslie (1986) encuentran que los niños de mayor estatura completan más grados que los niños de menor estatura en Nepal y China. En Ghana y Filipinas, Glewwe y Jacoby (1995) observan que los efectos de una deficiencia nutricional temprana sobre la madurez del niño para la escuela es la principal causa de una matriculación tardía. Glewwe, Jacoby y King (2001) concluyen que la nutrición temprana es un determinante importante del logro académico. Paxson y Schady (2004) encontraron que en Ecuador los niños de hogares más ricos y con padres más educados tienen capacidades cognitivas y vocabulario más elevados a partir de los 4 años de edad: es decir, lo que ocurre en la etapa prenatal y durante los primeros cuatro años de vida define el desarrollo futuro de una manera prácticamente irreversible.

Diversos organismos internacionales han estudiado los efectos de la salud y la mala nutrición sobre la educación (Levinger, 1994). Los resultados demuestran que el desempeño escolar es afectado negativamente por deficiencias de micronutrientes y por la presencia de desnutrición proteico-energética, así como por problemas visuales y auditivos.²⁶ Asimismo, el hambre temporal provoca falta de atención.

El impacto del estado de salud sobre el rendimiento educativo no se presenta solamente a través de deficiencias en la ingestión de nutrientes. El desarrollo

²⁶ Por ejemplo, las deficiencias de yodo se asocian con inteligencia reducida, retraso psicomotor, daño mental y neurológico, y cretinismo. La anemia por falta de hierro se asocia con malos resultados en pruebas de desarrollo mental y motor. Esta última condición afecta en el mundo a 1,300 millones de personas, de las cuales 210 millones son niños en edad escolar. Las deficiencias de vitamina A se asocian con problemas visuales y otros padecimientos.

FIGURA I.1. Ciclo intergeneracional de formación de capital humano



FUENTE: Mayer-Foulkes, 2004b.

infantil temprano es un elemento crítico para el progreso cognitivo, emocional y físico de los individuos. Más aún, un desarrollo infantil adecuado depende en gran medida de una apropiada atención prenatal, de un parto realizado bajo supervisión médica y de la atención médica preventiva y curativa durante la niñez.

Los problemas de salud mental también afectan considerablemente el rendimiento escolar. En un estudio realizado en Canadá y Estados Unidos, Currie y Stabile (2004) advierten que los niños con Trastorno de Déficit de la Atención e Hiperactividad —el problema de salud mental más común entre los niños de esos países—, tienen mal desempeño en pruebas de aptitud académica y una elevada probabilidad de repetir el grado escolar, por lo que ese trastorno de la salud tiene implicaciones importantes en la capacidad para acumular capital humano.²⁷ En otro ejemplo, algunos padecimientos crónicos como el asma, pueden

²⁷ En México, se estima que entre 5% y 10% de los niños en edad escolar presentan trastornos de atención o hiperactividad (SSA,2000).

generar ausentismo escolar e inhibir la participación de los niños en actividades escolares, minando así su desempeño académico.

Las deficiencias en salud infantil afectan de manera negativa el potencial de la salud y educación futuras y, por lo tanto, la capacidad para generar ingresos. En síntesis, las personas que no logran acumular capital humano están destinadas a continuar viviendo en la pobreza.

La pertinencia de los conceptos centrales de estos estudios en el caso de México es corroborada por Mayer-Foulkes (2004b), quien concluye que la nutrición juega un papel sustancial en la permanencia escolar infantil. El estudio muestra que los programas de suplementación nutricional infantil serían muy redituables económicamente, y que a largo plazo el impacto de la salud sobre el ingreso a través de este mecanismo explica una parte importante del impacto agregado que se reporta en los estudios macroeconómicos e históricos mencionados.

A estos resultados hay que agregar los de un estudio reciente basado en la Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares 2002 (ENNVH), que incluye información sobre aspectos cognitivos. Rubalcava y Teruel (2004) muestran que la estatura influye significativamente en la habilidad cognoscitiva de la madre y que ésta a su vez tiene un impacto más significativo sobre la estatura de los hijos que la propia estatura de la madre. Así, el desarrollo infantil, tal como se refleja en la estatura, parece ser un factor determinante en la transmisión intergeneracional de la capacidad cognoscitiva y la salud. Este y otros estudios que existen a nivel internacional sitúan la capacidad cognoscitiva como uno de los ejes fundamentales de la salud y de su vínculo con el desempeño económico. Por ejemplo, Lynn y Vanhanen (2002) muestran que existe una fuerte correlación entre el ingreso de los países y el cociente intelectual promedio de sus habitantes.

En síntesis, la salud es un determinante fundamental del crecimiento económico. En el caso de México, el estudio disponible sobre la relación directa entre salud y crecimiento (utilizando como indicadores de salud la esperanza de vida y la tasa de mortalidad para diferentes grupos de edad) sugiere que la salud es responsable de aproximadamente un tercio del crecimiento económico de largo plazo, para el periodo 1970-1995. Por cada año en que se incrementa la esperanza de vida se logrará entre 2% y 4% más ingreso. Por otra parte, México apenas inicia la transición de la estatura que refleja un buen desarrollo infantil temprano. Por cada centímetro adicional que suba la estatu-

ra adulta promedio se puede esperar un 6% de crecimiento. Si la condición de los niños mexicanos mejorara como mejoró en Corea del Sur entre 1962 y 1995, esto contribuiría un 0.87% al crecimiento anual durante 33 años. Puesto de otra manera, si el promedio nacional de estatura aumentara del actual 1.66m a 1.80m, el ingreso per cápita incrementaría en 78%.

SALUD, DESIGUALDAD Y POBREZA

Si la salud tiene un impacto sobre el ingreso y el crecimiento económico, entonces la salud también es un determinante de la pobreza, ya sea porque la población pobre acumula menos capital humano o porque como señala Deaton (2001), además de enfrentar mayores probabilidades de contraer alguna enfermedad, la población más pobre tiene una menor capacidad monetaria para mitigar sus consecuencias y les resulta más difícil buscar atención médica adecuada y sujetarse a tratamientos médicos complejos. Las diferencias en salud se reflejan en diferencias en niveles de ingreso y, por lo tanto, las políticas públicas que logren una mayor equidad en salud ayudarán también a alcanzar una distribución más equitativa del ingreso.

Un estado de salud deficiente puede ser no sólo un generador de pobreza sino un factor importante de su persistencia durante periodos extensos. Una familia puede caer en una situación de pobreza temporal, por ejemplo por la pérdida de empleo. Hay ocasiones, sin embargo, en que las circunstancias impiden escapar de esa situación transitoria y en ese caso se dice que existe una trampa de pobreza, es decir, una pobreza crónica.

Las trampas de pobreza causadas por una baja acumulación de capital humano pueden ser el resultado de fallas de mercado. Un ejemplo es el acceso al crédito. Sin restricciones crediticias, una familia que enfrenta la enfermedad de uno de sus miembros puede endeudarse y distribuir el costo económico del padecimiento a lo largo de varios periodos, sin alterar significativamente su nivel de consumo e inversión durante el transcurso de la enfermedad. Sin embargo, si la familia carece de acceso a mecanismos de endeudamiento, una reducción temporal en sus recursos puede tener un efecto negativo sobre su proceso de acumulación de capital humano y en última instancia sobre su capacidad de generar ingresos en el futuro.

LA TRAMPA DE POBREZA EN MÉXICO

En el México actual, ¿cuáles son los principales acervos de capital humano para generar el ingreso?; ¿cuáles son los problemas principales o los límites en la acumulación de capital humano que enfrenta la población?; ¿qué papel juega la salud?; ¿se suscitan fallas de mercado y de ser así, son lo suficientemente importantes para generar una trampa de pobreza? Éstas son las preguntas que se plantea Mayer-Foulkes (2004b) en un estudio sobre desarrollo infantil temprano que identifica la presencia de una trampa de pobreza.

El principal acervo de capital humano para generar el ingreso adulto en México es la educación. Ésta genera rendimientos crecientes (es decir, rinde más un año adicional de educación superior que uno de educación primaria o media), que se presentan a partir de la preparatoria en el caso de las mujeres y en la educación superior en el caso de los hombres, niveles que son inaccesibles para la mayoría de la población. La salud también genera rendimientos en el ingreso de la población adulta, pero dada la estructura y la magnitud de esos rendimientos, por sí misma no generaría una trampa de pobreza. En cambio, la nutrición y salud infantiles juegan un papel central en generar trampas de pobreza, ya que conforman los cimientos de la inversión en capital humano, es decir, en salud y educación. Utilizando la estatura para medir la nutrición, se constata que ésta tiene rendimientos sustanciales y posiblemente crecientes en la adquisición de etapas sucesivas del ciclo escolar. Cuando el desarrollo infantil temprano resulta deficiente debido a insuficiencias en la educación, la salud y el ingreso de los padres, los logros educativos de los hijos son reducidos y se afianza la trampa de pobreza, que además termina de cerrarse cuando no existen incentivos para invertir en la educación de los hijos, ya sea debido a una baja expectativa de que alcancen los niveles de educación superior o a que los padres no tengan acceso al crédito (Lustig, Arias y Rigolini, 2001).²⁸

La presencia de una trampa de pobreza en el proceso de acumulación de capital humano se demuestra al estar presentes los elementos constitutivos enunciados: rendimientos crecientes de la educación en el ingreso de los adultos (el supuesto esencial de la trampa de pobreza de Galor y Zeira, 1993), y rendimientos sustanciales y posiblemente crecientes de la salud infantil en la adquisición de educación, medida por la permanencia escolar (el supuesto esencial de la trampa

²⁸ Cabe apuntar que la salud tiene rendimientos de bienestar y longevidad por encima de los que representa el ingreso, cuya valoración no se incluye aquí. Véanse los hallazgos de Paxon y Schady (2004) para el Ecuador.

de pobreza de Galor y Mayer-Foulkes, 2002).²⁹ Además, la riqueza, la salud y la educación de los padres se transmiten al capital humano de los hijos (jóvenes), un supuesto esencial en cualquier modelo intergeneracional de acumulación de capital humano. Asimismo, se comprueba que la mayoría de la población no tiene acceso a los rendimientos sustantivos de la inversión en nutrición y educación.

La presencia de estos elementos constitutivos genera una relación entre la riqueza de los padres y el capital humano e ingreso futuro de los hijos, la cual tiene una región de rendimientos crecientes, a la vez que existe una subinversión importante en capital humano. De estas condiciones se infiere que existe una transición intergeneracional prolongada, que posiblemente alcanza el grado de trampa de baja acumulación de capital humano.

Para distinguir entre estas dos alternativas es necesario establecer si existen equilibrios múltiples, es decir, si la población se subdivide en al menos dos grupos según su acumulación de capital humano. A partir de la información contenida en la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000 y en las siete Encuestas Nacionales de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) de 1984 a 2000, se puede concluir que la distribución de hogares de acuerdo a la educación de los cónyuges refleja la existencia de clases poblacionales (en los histogramas respectivos aparecen picos múltiples). La población se clasifica a sí misma, a través del matrimonio, en dos clases sociales, la que tiene una escolaridad de nivel secundaria o menos, y la que se encuentra por encima de esta escolaridad. Los cambios en la distribución de la escolaridad del grupo bajo ocurren casi exclusivamente en respuesta al incremento en la disponibilidad de educación pública y de programas como Oportunidades; es decir, la inversión como decisión autónoma por parte de este grupo no contribuye sustantivamente a la acumulación de capital humano.

RENDIMIENTOS CRECIENTES DE LA EDUCACIÓN

Diversos estudios realizados en México encuentran rendimientos crecientes de la educación sobre el ingreso. Zamudio (1999) y Rojas, Angulo y Velázquez (2000), De Ferranti *et al.* (2003) y Legovini, Bouillon y Lustig (2004) encuentran rendimientos crecientes de la educación por lo menos desde 1984. Mayer-Foulkes (2004b) incluye tanto la educación como la salud (indicada por la estatura) en estimaciones de los rendimientos del capital humano basadas en la ENSA 2000;

²⁹ Véase, por ejemplo, Legovini, Bouillon y Lustig (2004).

encuentra rendimientos marginales crecientes de la educación primaria, tanto para mujeres como para hombres, con rendimientos marcadamente mayores para la educación superior, y rendimientos aproximadamente constantes para la salud en los diferentes niveles educativos. Mayer-Foulkes y Stabridis (2003) encuentran rendimientos marginales crecientes de la educación en las siete encuestas de la ENIGH. Los rendimientos marginales de la educación terciaria son más altos que los de otros niveles y se incrementan hasta 1994, después de lo cual disminuyen al nivel de 1992, aunque se conserva la estructura de rendimientos crecientes. De hecho, es generalmente aceptado que ha habido aumentos en los rendimientos de la educación superior tanto en México como en otros países Latinoamericanos, y que estos aumentos están relacionados con incrementos en la demanda de habilidades ligadas al proceso de reformas de mercado que inicia en México con la entrada al Acuerdo General de Aranceles Aduaneros y Comercio (GATT por sus siglas en inglés) en 1986, culminando con el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN). Legovini, Bouillon y Lustig (2001) encuentran rendimientos crecientes de la educación, así como evidencia de una transición prolongada durante el periodo 1984-1994, en que crecen más rápidamente los ingresos de la población más educada que los de la menos educada.

RENDIMIENTOS DE LA SALUD INFANTIL EN LA ADQUISICIÓN DE EDUCACIÓN

En el caso de México, Mayer-Foulkes (2004b) utiliza la ENSA 2000 para medir el impacto de la estatura de jóvenes entre 17 y 19 años sobre su permanencia escolar a lo largo del ciclo educativo. Encuentra que, una vez controlados los efectos del ingreso, la riqueza, la educación, la estatura y el peso de los padres, así como los efectos locales indicados por municipio de residencia, la probabilidad de decidir cursar un ciclo escolar de tres años más (pasar de tres a seis años de primaria, de primaria a secundaria, de secundaria a preparatoria), es significativamente mayor en el caso de niños mejor nutridos según lo indica el componente económico de su estatura, es decir, el que puede ser predicho por las variables económicas familiares y locales junto con la pertenencia de la familia a los sistemas de salud. El resultado conservador es que la probabilidad adicional de pasar de un ciclo escolar trianual al siguiente, es mayor al 5% por cada centímetro más de estatura, y esto opera en por lo menos el 10% de la población. En la

población desnutrida de México, podría esperarse tal incremento de estatura al aplicar un programa nutricional y de desarrollo infantil temprano. Programas de este tipo que se han aplicado en la India han obtenido incrementos de 2 centímetros. La estimación mencionada sobre México sólo cubre el aspecto de permanencia escolar y no los rendimientos de la estatura en capacidad cognoscitiva, calidad educativa y salud en general.

López-Alonso y Porras-Condey (2003) establecen que la estatura promedio en el ejército mexicano fue de entre 1.64 m y 1.66 m entre 1870 y 1930, cuando empezó posiblemente la transición de la estatura. De acuerdo a la ENNVH 2002, la estatura promedio de adultos de 24 años apenas se incrementó, entre aquellos nacidos entre 1960 y 1978 (esto es lo más actualizado que se puede obtener), de 166.1 cm. a 166.7 cm. Esto significa que la transición de la estatura apenas comienza en México. Weil (2005) estima que por cada centímetro adicional que suba la estatura adulta promedio se puede esperar un 6% de crecimiento. Todo indica que es razonable esperar que la estatura promedio mexicana pueda alcanzar 1.80m como en otros países, lo cual indica un crecimiento económico potencial de 78%, similar al que vivieron otros países. Weil (2005) menciona que en Corea del Sur la estatura promedio se incrementó en 4.8 cm. entre 1962 y 1995. Según los cálculos del mismo autor, esto representa una contribución de aproximadamente 0.87% al crecimiento anual durante 33 años.

De acuerdo con los resultados empíricos, las inversiones en nutrición llevan a un aumento significativo en la productividad educativa. Mayer-Foulkes (2004b) realiza una evaluación sencilla de políticas de apoyo a nutrición y salud tempranas, tomando en cuenta solamente los rendimientos de la probabilidad adicional de permanecer en la escuela, y encuentra que son viables y muy redituables, aun sin valorar muchos otros beneficios de una mejor nutrición, tales como la capacidad cognoscitiva, la calidad educativa y la salud a lo largo de la vida.³⁰ Además de esto, los resultados del estudio muestran que el impacto de la nutrición sobre la distribución de la escolaridad es muy progresivo, ya que involucra incrementos considerables en el acceso a la educación superior, pro-

³⁰ En un proyecto de expertos sobresalientes, denominado "Consenso de Copenhague", se encontró que los proyectos de salud y nutrición más redituables a nivel mundial según su costo beneficio son: reducir el SIDA; reducir la malnutrición mediante la provisión de micronutrientes; controlar la malaria; reducir la malnutrición mediante la introducción de nuevas técnicas agrícolas; mejorar la infraestructura sanitarias e hidráulica de diversas formas; reducir la malnutrición infantil y el bajo peso al nacimiento mediante programas directos, e incrementar los servicios de salud básicos, en este orden. Estos se encuentran entre los 13 proyectos más prioritarios que detectó el proyecto mencionado.

blemente a través de factores cognoscitivos. Por tanto, apoyar el desarrollo infantil temprano proporciona una herramienta viable de política económica para mejorar la formación del capital humano y debilitar, y eventualmente eliminar, la trampa de pobreza.

CLASES EN LA DISTRIBUCIÓN DEL CAPITAL HUMANO Y PAPEL DE LA INVERSIÓN PÚBLICA

Para investigar si la distribución de la escolaridad separa en subclases a la población (lo cual se evidencia con la presencia de picos múltiples en el histograma correspondiente), se observa la distribución de los hogares de acuerdo a la escolaridad de ambos cónyuges, utilizando la ENSA 2000 (véase gráfica I.1). La distribución tiene dos picos principales. El primero ocurre cuando ambos cónyuges tienen secundaria o menos. El segundo ocurre cuando ambos cónyuges tienen educación superior. Se aprecia un tercer pico debido a un sesgo por género: los cónyuges masculinos con educación superior y los cónyuges femeninos con educación secundaria o menos. Un cuarto pico, muy pequeño, mantiene la relación opuesta. Los cónyuges sin escolaridad, que probablemente pertenecen a las zonas rurales, dejan de estar presentes.

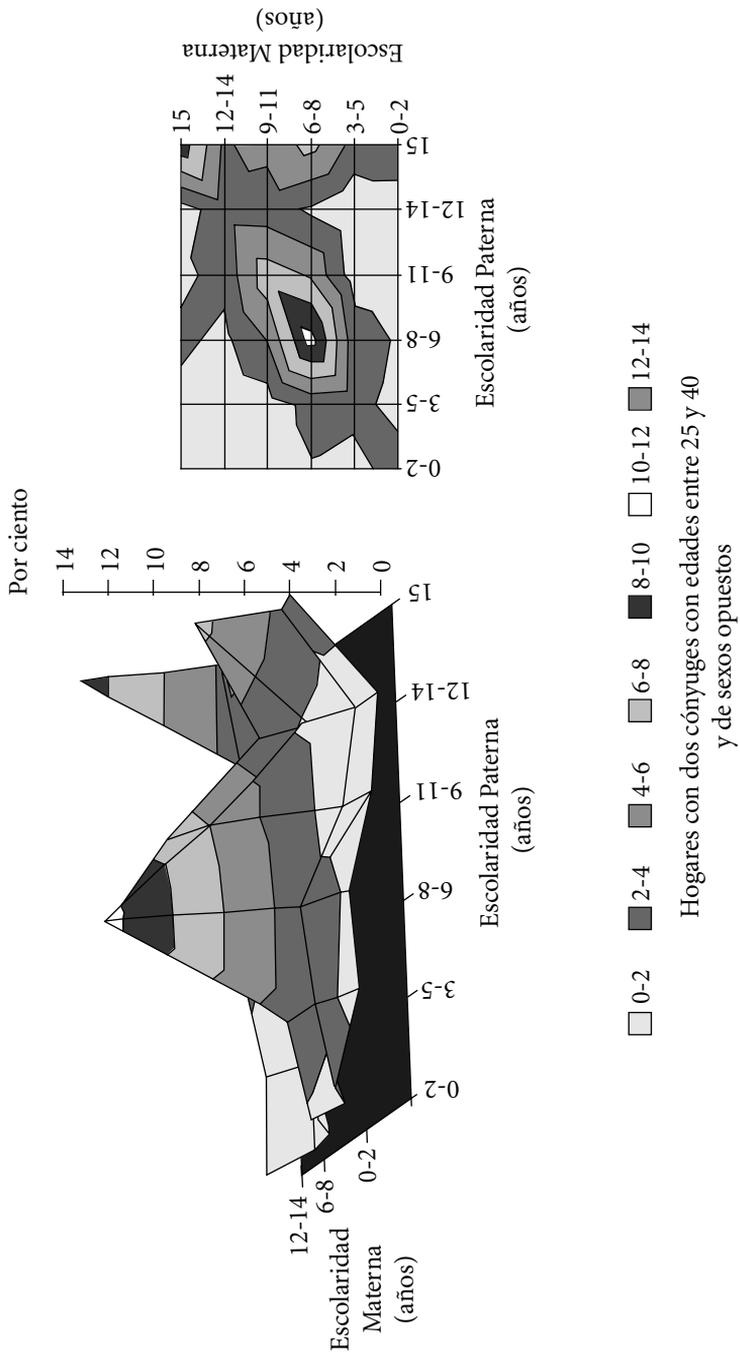
Debido a que el matrimonio resulta de un proceso que es al menos parcialmente jerárquico de acuerdo al estatus económico y educativo (Fernández, Guner y Knowles, 2001), estas distribuciones de múltiples picos muestran que la población se clasifica a sí misma en dos clases de acuerdo a su estatus educativo: una baja, con escolaridad secundaria completa o menos, y otra alta, con 15 o más años de escolaridad.³¹

La existencia de por lo menos dos grupos de población de acuerdo a su escolaridad es una de las características principales de una trampa de baja acumulación de capital humano, que la distingue de un proceso de transición prolongada. Al respecto, cabe insistir en que una proporción importante de la clase baja mexicana, según se define aquí, sufre de pobreza alimentaria, y esto es congruente con los problemas de nutrición a los que nos referimos.³²

³¹ Se utiliza poco el término “clase” para evitar sus fuertes connotaciones, aunque la estabilidad de los sistemas de clase podría provenir de las trampas de pobreza.

³² La pobreza alimentaria se define como la proporción de hogares o personas cuyo ingreso es menor al necesario para cubrir las necesidades de alimentación, correspondientes a los requerimientos establecidos en la canasta de alimentos de INEGI-CEPAL (<http://www.sedesol.gob.mx/subsecretarias/prospectiva/cuadernos/MedicionOK.pdf>).

GRÁFICA I.1. Distribución de los hogares de acuerdo a la escolaridad de los cónyuges



FUENTE: Mayer-Foulkes, 2004b.

Como siguiente punto, se examina la distribución de la escolaridad entre los adultos de 25 a 30 años. Según información de las ENIGH, esta distribución es sorprendentemente estable, aunque se observa que una proporción mayor de hombres y mujeres completa la escuela secundaria, preparatoria y superior, en lugar de permanecer con un nivel de escolaridad menor. Estos cambios han sido similares para hombres y mujeres. Sin embargo, la proporción de hombres con secundaria completa o menos educación (la clase baja) ha permanecido aproximadamente constante en 75.02% sin que exista una tendencia significativa de cambio. La proporción correspondiente de mujeres ha mostrado una tendencia a decrecer en alrededor de 0.5% por año. No obstante, esto podría deberse a mujeres de la clase alta que están alcanzando a los hombres, lo cual sucede también en la educación superior, aunque la mayor parte de estos incrementos ocurre a través del sistema público de educación. El incremento en la inversión educativa ocurre bajo el impacto de la inversión pública en educación en todos los niveles. Es decir, que los incrementos en la escolaridad del grupo de educación baja no son el resultado de su inversión autónoma, lo cual es consistente con una trampa de baja acumulación de capital humano.

Por último, más de la mitad de los gastos en educación pública para niveles de educación terciarios (58.2%) fue recibida por estudiantes de los deciles VIII y mayores, mostrando que estos niveles de educación son inaccesibles para casi tres cuartas partes de la población, de manera consistente con la trampa mencionada (Scott, 2003). Más aún, es posible que buena parte de la educación superior en México no ocurriera sin el apoyo público.

La existencia de una barrera más allá de la educación secundaria es apoyada por De Ferranti *et al.* (2003), quienes argumentan que en la mayoría de los países latinoamericanos hay un ‘cuello de botella’ en estos niveles de educación, que requieren de la atención de las políticas públicas.³³ Sin embargo, a pesar de que estos autores recomiendan políticas que ayuden a los individuos a superar las fallas de mercado, no analizan el papel de la nutrición y la salud infantil temprana en determinar el potencial educativo de los jóvenes, y tampoco consideran las implicaciones completas de la trampa de pobreza.³⁴

³³ Este término no corresponde al lenguaje económico. Si hay un cuello de botella es porque los incentivos de mercado no funcionan. Así, aunque hay un reconocimiento tácito de la presencia de fallas de mercado, la posibilidad de que exista una trampa de baja acumulación de capital humano que abarca a la economía en su conjunto se deja sin investigar.

³⁴ Un análisis transicional de matrices de Markov de la distribución de la escolaridad basado en la transmisión actual de las cabezas de los hogares a los niños presentado en Mayer-Foulkes (2003), también apoya la presencia de una barrera para la escolaridad secundaria.

Con base en la evidencia de rendimientos crecientes de la educación, rendimientos de la salud infantil en la adquisición de la educación, presencia de dos clases poblacionales en la distribución del capital humano, y falta de inversión autónoma en la clase con educación baja, se puede sostener con firmeza que en México existe una trampa de baja acumulación de capital humano. En esta trampa la nutrición y la salud infantiles desempeñan un papel central, ya que forman la base de la adquisición de salud y educación a lo largo de la vida. La importancia de eliminar las trampas de pobreza en México se hace evidente si se considera que en el año 2002 el 20.3% de la población, una quinta parte, sufría de pobreza alimentaria (equivalente a pobreza extrema).

La existencia de una trampa de pobreza tiene fuertes implicaciones económicas. Desmantelarla liberaría la energía económica de una parte importante de la población mexicana.³⁵ Potencialmente, este impacto económico podría ser mayor que el del bono demográfico, que incrementa el ahorro de una generación. Por el contrario, la presencia de la trampa reduce el impacto de este bono, al mermar la capacidad de ahorro de una población que estabiliza su estructura demográfica sin salir de la pobreza, y que exporta sus capacidades, a través de la migración, al no poderlas encauzar en su propio país.³⁶

LAS FALLAS DE MERCADO

La desnutrición comienza desde el útero, con consecuencias en la salud a lo largo de la vida, incluyendo el desarrollo cognoscitivo (Van Der Gaag, 2002). Para que los niños crezcan y se conviertan en adultos productivos que desarrollen todo su potencial, es necesaria una inversión óptima en alimentación, salud, desarrollo infantil temprano y educación. De acuerdo a la teoría económica, cualquier desviación sistemática e importante de la inversión óptima se debe a algún tipo de falla del sistema de mercado.³⁷ Estas fallas tienen consecuencias importantes para el bienestar y justifican la intervención pública para establecer el financiamiento de la inversión, siempre y cuando ésta sea más eficiente que el mercado ineficiente.

³⁵ Véase Mayer-Foulkes (2004b).

³⁶ Cabe mencionar que en México las pérdidas de capital humano derivadas de un envejecimiento no saludable, la excesiva carga de enfermedades crónico-degenerativas y el exceso de accidentes y violencia que se presentan también pueden llevar a trampas de pobreza.

³⁷ Como imperfecciones crediticias, mercados incompletos, expectativas imperfectas o convexidades en la producción o las preferencias.

Puesto que los rendimientos de la educación son crecientes y dado que la nutrición y la salud ofrecen grandes rendimientos en educación e ingreso futuro a un costo relativamente bajo, los resultados que se han resumido muestran que existe un grado importante y sistemático de subinversión en salud y educación. Esto implica que están fallando los mecanismos del sistema de mercado en la inversión en capital humano.

Establecer cuáles son los principales mecanismos que fallan es importante, especialmente para las políticas públicas, pero requiere de investigación adicional. Mientras tanto, un análisis del proceso de inversión en capital humano produce un catálogo de las posibles fallas responsables de la subinversión:

- Restricciones de crédito o la imposibilidad de adquirir nutrición, salud, educación e insumos complementarios a la educación, tales como capital, capital social o desarrollo infantil temprano.
- Falta de previsión y falta de información acerca de los beneficios del desarrollo infantil temprano en materia de nutrición, salud y educación.
- Impaciencia o riesgos excesivos debidos a la pobreza: si bien la inversión tiene los rendimientos necesarios, los problemas inherentes de la población pobre, incluyendo una esperanza de vida menor, dibujan un horizonte más corto.
- Falta de disponibilidad de bienes públicos necesarios para la salud o la educación.³⁸

INTERACCIÓN CON LAS REFORMAS PRO-MERCADO

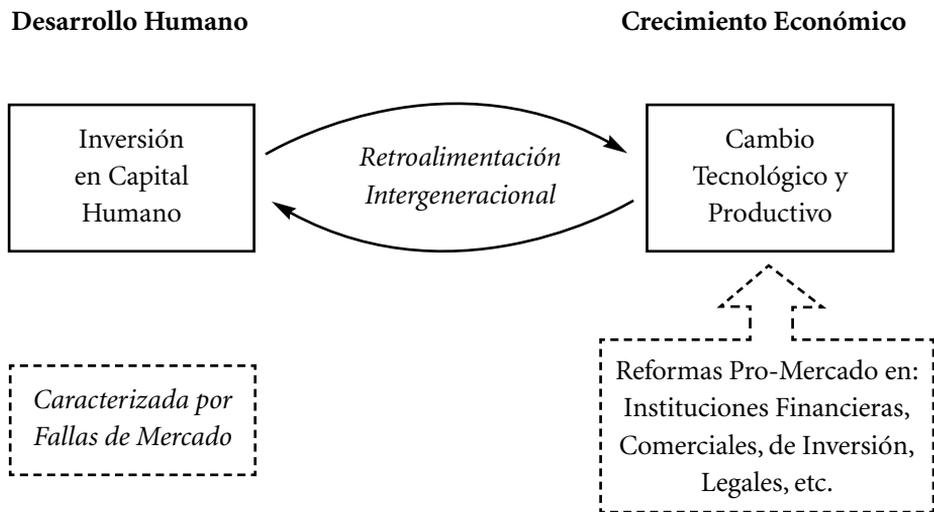
En la presencia de fallas de mercado, ¿cómo funcionan las reformas pro-mercado en la inversión de capital humano? ¿Cómo afectan a los pobres?

El impacto de largo plazo de la salud sobre el crecimiento económico se entiende en el contexto más general de la relación entre el desarrollo humano y el desarrollo económico. El desarrollo humano es un proceso intergeneracional de acumulación de capital humano, que es retrasado por fallas de mercado que pueden ser lo suficientemente fuertes como para resultar en trampas de pobreza, como lo hemos visto en el caso de México. A su vez, el desarrollo humano interacciona de forma dinámica con el crecimiento económico de largo plazo,

³⁸ Ejemplos serían la provisión efectiva de agua potable, drenaje, servicios de salud y micronutrientes; infraestructura de información, comunicación y transporte. Puede mencionarse aquí que no se ha incluido el elemento geográfico en el análisis, lo cual sería necesario.

tomando de la economía los recursos para la inversión en capital humano en la generación joven, y transformando, cuando ha crecido, sus insumos básicos: trabajo, habilidades y conocimiento. En este contexto, es fácil ver que la salud, y en particular el desarrollo infantil temprano, desempeña un papel crucial en la inversión de capital humano y por lo tanto en el crecimiento económico a largo plazo (véase figura I.2).

FIGURA I.2. Relación intergeneracional entre el desarrollo humano y el crecimiento económico. Fallas de mercado en la acumulación de capital humano y reformas pro-mercado



FUENTE: Mayer-Foulkes, 2004b.

Si se supone que las reformas pro-mercado conducen a aumentos en los rendimientos al capital humano, al implementarlas habrá mayores incentivos y más recursos para inversión.³⁹ Esto beneficia tanto en el presente como en el futuro a los hogares con ingresos altos que de por sí son proveedores de capital

³⁹ Los rendimientos a la educación superior han aumentado a través de varios mecanismos inducidos por cambio tecnológico sesgado hacia las habilidades y por la apertura al comercio y a la inversión, promovidos estos por las reformas pro-mercado (Véase De Ferranti *et al.*, 2003, Capítulo 3; Hanson y Harrison, 1995; Revenga, 1995; Tan y Batra, 1997; Cragg y Epelbaum, 1996; Robertson, 2000).

humano. Los hogares menos educados se beneficiarán menos en el presente, y si estos beneficios son insuficientes, los hijos no podrán proveer en el futuro capital humano adicional. La desigualdad aumentará y el proceso de crecimiento, que podría propiciar un crecimiento acelerado hacia un nivel de ingreso más alto, se detendrá.

La presencia de este proceso de interacción entre reformas pro-mercado y acumulación de capital humano en el periodo que inicia con la entrada de México al GATT en 1986 y que culmina con el Tratado de Libre Comercio para América Latina (TLCAN), se describe en Legovini, Bouillon y Lustig (2001), quienes muestran que el aumento en los rendimientos de la educación terciaria en México ha aumentado la desigualdad de ingresos. Es generalmente aceptado que el incremento en los rendimientos en México y otros países de Latinoamérica se debe a un incremento en la demanda de habilidades. Como se observó antes, la estructura de rendimientos crecientes de la educación ha estado presente en México desde al menos 1984. Sin embargo, aunque esta estructura de rendimientos debiera conducir a una mayor inversión en educación superior, ésta no ocurrió. Como Scott (2003) hace notar, el TLCAN no produjo el crecimiento acelerado esperado por las teorías de crecimiento y comercio tradicionales, lo cual, sin embargo, sí ocurrió en un país aproximadamente comparable como Portugal. De acuerdo a Scott, el crecimiento se frenó debido a la falta de capital humano e infraestructura, y a fallas institucionales. Las trampas de baja acumulación de capital humano, junto con fallas institucionales y en la provisión de bienes públicos, limitaron los beneficios de las reformas.⁴⁰

RIESGOS ADVERSOS SISTÉMICOS E IDIOSINCRÁSICOS

Si la salud es un acervo, no sólo es importante crear incentivos e implementar las políticas para invertir en ella, sino también evitar, o por lo menos minimizar, su deterioro en situaciones adversas. Estas situaciones adversas pueden ser sistémicas (epidemias, crisis económicas, desastres naturales) o idiosincrásicas (enfermedad, muerte, desempleo, una mala cosecha). Una crisis económica o un desastre natural pueden repercutir en el potencial del crecimiento de un país si, por ejemplo, caen los niveles de nutrición de los niños pequeños, porque estas caídas

⁴⁰ Cabe mencionar que la convergencia dentro de la Unión Europea sí es facilitada por una serie de programas públicos de apoyo regional y de infraestructura, y por el mercado de libre flujo laboral.

pueden producir efectos irreversibles sobre la capacidad cognoscitiva de los niños. Se ha documentado que dichas situaciones tienen un impacto negativo sobre la inversión en capital humano. Esto abre la posibilidad de que las crisis económicas no sólo causen aumentos transitorios en la pobreza sino que también puedan generar trampas de pobreza para sectores de la población.⁴¹

En México, los indicadores más sensibles a cambios en los niveles de ingreso se deterioraron durante la crisis de los ochenta: por ejemplo, se incrementó la mortalidad infantil y de niños en edad preescolar a causa de deficiencias nutricionales, revirtiendo la tendencia observada en la década anterior. Las trampas de pobreza que se generan por choques adversos, no sólo exponen a numerosas personas a una situación de pobreza, sino que las excluyen de contribuir productivamente (o tan productivamente como podrían) a la economía del país. Para evitar estas consecuencias es importante contar con un marco adecuado de protección social que minimice el impacto de choques sistémicos sobre las familias. Es importante señalar que por razones obvias el aseguramiento individual no sirve frente a choques sistémicos. Frente a una crisis económica, por ejemplo, es crucial que los países cuenten con programas que prevengan el deterioro del capital humano en general y en salud en lo particular (por ejemplo, programas gratuitos de alimentación para mujeres embarazadas, madres en periodo de lactancia y niños).⁴²

Para entender la forma en que los eventos adversos idiosincrásicos afectan las decisiones de ahorro e inversión de las familias, es necesario comprender cómo reaccionan éstas a los cambios imprevistos en su ingreso. Si se considera la hipótesis del ciclo de vida, la cantidad de recursos que el individuo promedio elige consumir a cualquier edad, depende exclusivamente de los recursos que el individuo recibirá a lo largo de toda su vida, definidos como el valor presente de sus ingresos desde el nacimiento y hasta la muerte, y suponiendo la ausencia de herencias. Si el individuo elige un nivel de consumo anual relativamente estable o “suavizado”, aproximado a su consumo promedio durante su ciclo de vida, entonces las variaciones temporales e inesperadas sobre su ingreso no afectarán considerablemente sus decisiones de ahorro e inversión en el largo plazo.⁴³

⁴¹ Paxson y Schady (2004) encuentran que la crisis económica del Perú (1988-1992), implicó que alrededor de 17,000 niños adicionales fallecieron a causa de la crisis y que los niños menores de 6 fueron más bajos que los niños de la misma edad antes de la crisis.

⁴² Véase BID (2000)

⁴³ Véase Modigliani (1986).

Los eventos adversos sobre la salud de un individuo son relevantes en este contexto debido a que implican costos monetarios, ya sea porque para reponer el capital perdido en salud el individuo incurre en gastos de atención médica y/o porque la pérdida de capital de salud implica ingresos perdidos en el mercado laboral. En la lógica de la “hipótesis del ciclo de vida”, el individuo sano ahorrará para hacer frente a posibles eventos adversos sobre su salud en el futuro; mientras que el individuo enfermo desahorrará o se endeudará, sin modificar significativamente su nivel de consumo.

Por supuesto que esto sólo ocurrirá en la medida en que el individuo promedio sea capaz de anticipar con precisión razonable sus ingresos futuros, efectivamente busque la maximización de su bienestar intertemporal, y disponga de acceso a un mercado financiero perfecto, siendo esta última condición la que representa un reto mayor para lo planteado por la hipótesis del ciclo de vida. Los mercados financieros distan de ser perfectos, y sus imperfecciones parecen ser mayores en los países en desarrollo.⁴⁴ Estas imperfecciones pueden tomar formas que van desde altos diferenciales entre las tasas de interés pagadas al ahorrador y las tasas cobradas al deudor, hasta el nulo acceso a crédito para algunos grupos de la población.

En el caso de los choques idiosincrásicos, la compra de aseguramiento es una de las formas en que los individuos utilizan el mercado financiero con el fin de protegerse contra posibles eventos adversos que pueden reducir temporal o permanentemente su nivel de consumo. En particular, en el caso de eventos adversos sobre la salud, los individuos pueden protegerse mediante la adquisición de seguros médicos privados o el acceso a seguros públicos.⁴⁵

Sin embargo, el acceso de las personas y familias a mecanismos formales de aseguramiento se ve limitado por problemas de información asimétrica (selección adversa y riesgo moral), así como por prácticas en donde ciertos proveedores captan la parte más rentable de la demanda.⁴⁶ Cuando los individuos no

⁴⁴ Véase, por ejemplo, Khan y Senhadji (2000) que incluye una revisión de la literatura sobre la relación entre desarrollo de los mercados financieros y el crecimiento económico para una muestra de países. Por otra parte, al analizar el acceso al crédito entre las familias mexicanas, Aportela (2001) encuentra que la probabilidad de que un hogar cuente con una tarjeta de crédito se incrementa significativamente con el estrato de ingreso al que pertenece.

⁴⁵ El aseguramiento es una forma de ahorro y desahorro intertemporal. Por ejemplo, la prima pagada por un seguro médico puede verse como una forma de ahorro, mientras que los beneficios recibidos al requerir atención médica pueden verse como una forma de desahorro. Los mecanismos de aseguramiento público deben proveerse para contrarrestar las fallas típicas de los mercados de salud (la selección adversa, por ejemplo) o cuando existen razones distributivas que requieren que ciertos grupos reciban protección con subsidio.

⁴⁶ Véase Lustig (2001).

logran asegurarse en el mercado formal, pueden recurrir a mecanismos de aseguramiento informal como el matrimonio, las redes familiares y el ahorro en activos, entre otros. Al verse expuestas a un evento adverso en salud, las familias pueden reaccionar a ellos mediante la venta de los activos acumulados, la solicitud de préstamos o créditos, el aumento de la oferta laboral, el aumento del trabajo infantil y la reducción del consumo de otros bienes o servicios. Todos estos mecanismos, dependiendo de su magnitud, pueden entrapar a un hogar en la pobreza o, si no lo era, volverlo pobre.⁴⁷ Estos mecanismos de protección ante los riesgos en salud son acciones que reflejan la autoprotección de los individuos, hogares o comunidades. A pesar de que los mercados informales y de auto-aseguramiento son los recursos que más utilizan los hogares pobres, existe evidencia de que no son suficientes para proteger a los hogares de los eventos adversos.⁴⁸

Las restricciones de crédito, incluyendo entre éstas la falta de aseguramiento formal o informal, reducen la capacidad de los individuos para suavizar su consumo intertemporal.⁴⁹ Gertler y Gruber (2001), utilizando datos para una muestra de familias indonesias, investigan en qué grado estas familias logran proteger su nivel de consumo ante la presencia de eventos adversos sobre la salud. Los autores encuentran que el aseguramiento del consumo ante la presencia de enfermedad entre estas familias es incompleto, además de que para las familias resulta más difícil asegurarse efectivamente para contrarrestar los efectos de padecimientos relativamente poco frecuentes, pero más severos.

Es decir, las fallas de los mercados de crédito y la falta de aseguramiento pueden conducir a niveles inferiores al óptimo en el ahorro agregado y a que un

⁴⁷ El riesgo moral consiste en que una vez asegurados los individuos, éstos tienen incentivos a modificar su comportamiento, a relajar sus estilos de vida y a consumir en exceso servicios de salud, por lo que la asignación de recursos al sector no es óptima. La presencia del riesgo moral afecta tanto a los sistemas públicos de salud como a los privados. En el caso de los seguros públicos, la presencia del riesgo moral podría provocar serios efectos sobre la situación financiera de los sistemas públicos de salud. Respecto a los seguros privados, el riesgo moral provoca que las primas aumenten y, por lo tanto, menor número de personas puedan tener acceso a ellos. Por otra parte, la selección adversa ocurre cuando —ante la existencia de información asimétrica— las aseguradoras no pueden incorporar con precisión el riesgo de cada persona en el cálculo de las primas; por lo que es muy probable que el riesgo promedio del grupo de personas aseguradas sea mayor que el del grupo poblacional al que representa, ya que quienes tienen un riesgo mayor tienen mayores incentivos para asegurarse. Dado que el porcentaje de enfermos en el grupo es mayor que el esperado, las aseguradoras incrementarían sus primas y quienes tienen bajo riesgo abandonarían definitivamente el mercado.

⁴⁸ Véase Townsend (1994), Albarran y Atanasio (2001), García-Verdú (2000), Bando y López-Calva (2003) y Rubio y Soloaga (2003).

⁴⁹ Véase Deaton (1997), que analiza detalladamente algunas de las consecuencias de las restricciones crediticias sobre la capacidad para suavizar el consumo a través del ciclo de vida.

número importante de hogares caiga en una trampa de pobreza, ambos como consecuencia de la existencia de riesgos adversos en salud.

GASTOS CATASTRÓFICOS EN SALUD

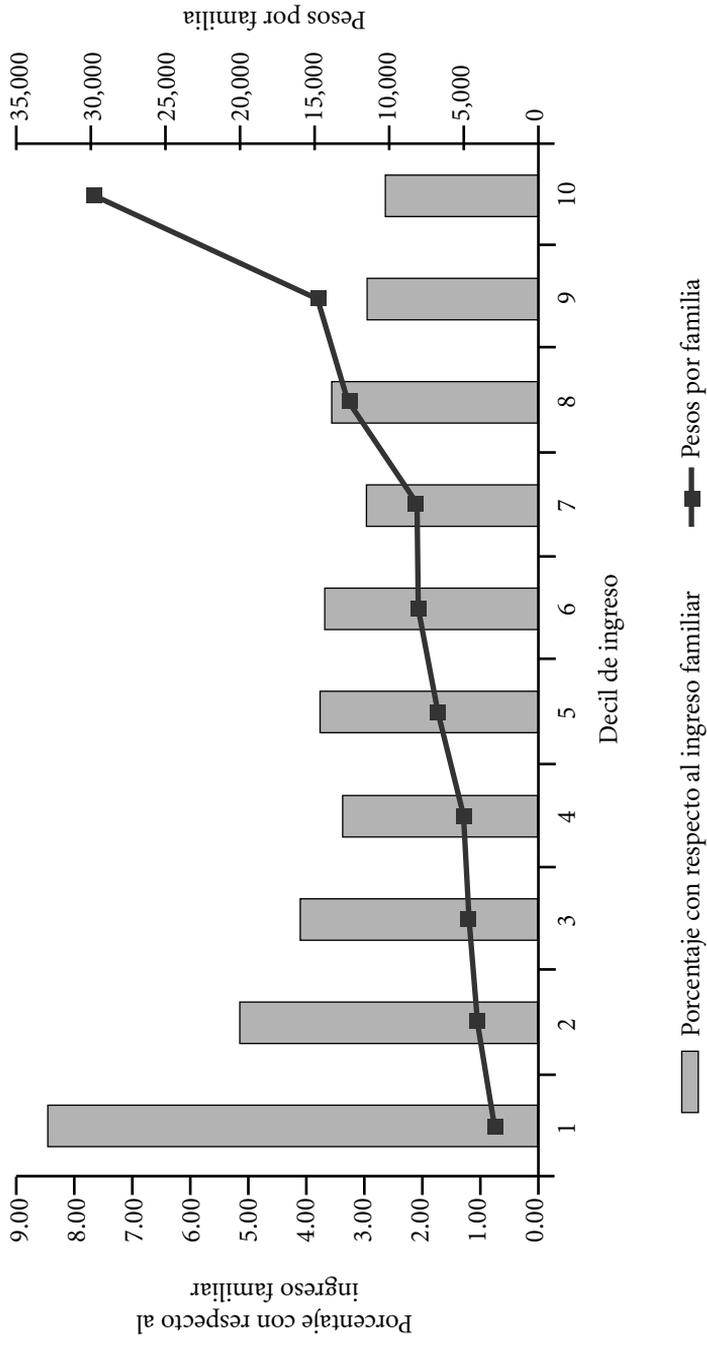
Uno de los efectos más comunes de un riesgo adverso en la salud son los gastos adicionales que tienen que realizar las personas u hogares. Debido a estos gastos, las personas de bajos ingresos que no cuentan con acceso a los mecanismos de aseguramiento formal se encuentran expuestas al círculo vicioso de enfermedad y pobreza. Con frecuencia, los gastos que tienen que realizar para financiar el costo de la atención médica representan una carga considerable y pueden ser catastróficos. Con base en la literatura existente, se considera a un hogar con gastos catastróficos a aquel que destina más del 30% de su capacidad de pago al gasto en salud.⁵⁰ Cuando esto ocurre, las familias tienen que ajustar su gasto en otros bienes, entre los cuales pueden encontrarse los gastos en salud (incluyendo la nutrición) de los niños en edad temprana. De esta manera, un riesgo adverso de salud puede generar una trampa de pobreza para un número importante de hogares cuando implica un gasto catastrófico.

Algunos estudios sugieren que cada año entre dos y tres millones de hogares mexicanos sufren gastos catastróficos (Knaul *et al.*, 2003). Estos estudios muestran que dichos gastos son más comunes en los hogares de ingresos bajos, no asegurados y rurales. La existencia de gastos catastróficos en hogares asegurados puede explicarse, entre otras causas, por el pago directo de servicios privados con recursos de bolsillo debido a la mala calidad en los servicios públicos salud. En México la mayoría de los hogares con gastos catastróficos en salud tienen un ingreso menor de dos salarios mínimos. Después de cubrir sus necesidades básicas, en especial la compra de alimentos, el ingreso disponible es muy reducido.⁵¹

⁵⁰ La OMS indica que para un país en desarrollo como México, un gasto catastrófico en salud es aquél que representa más del 30% del ingreso disponible que destinan los hogares para tal fin (véase Torres y Knaul, 2003). Por gasto empobrecedor en salud se entiende aquél que por su impacto lleva o mantiene a una familia por debajo de la línea de pobreza alimentaria conforme a la definición utilizada por la Secretaría de Desarrollo (SEDESOL, 2003). La capacidad de pago se define como el excedente de recursos efectivos del hogar, el cual se mide descontando del gasto total de los hogares el gasto de subsistencia, medido a través del gasto en alimentación o una línea de pobreza, y el gasto en salud financiado por impuestos. SSA, 2002.

⁵¹ Véase Torres y Knaul (2003).

GRÁFICA I.2. Gasto de bolsillo en salud como proporción del ingreso familiar y gasto de bolsillo en salud por familia en pesos por decil de ingreso, 2004



FUENTE: Elaborado con base en información de la ENIGH 2004.

Como se observa en la gráfica I.2 el nivel de gasto en salud que realizan los hogares en México cambia significativamente de un grupo de ingreso (decil) a otro. Los hogares que tienen un ingreso menor gastan menos en salud en términos absolutos, si bien la proporción de dicho gasto en su gasto total es mayor y, si no están incorporados al sector formal de la economía, no cuentan con protección social pública.⁵²

Debido a lo anterior, el nivel de gasto en salud de los hogares está relacionado con su vulnerabilidad financiera. Los más pobres tienen mayor probabilidad de incurrir en gastos catastróficos en caso de enfermedad. La gráfica I.2 también nos muestra que los hogares que se encuentran en deciles más bajos tienen un gasto en salud, como proporción de su gasto total, mayor a lo que reportan hogares de mayor ingreso.⁵³

Otro aspecto relevante es el impacto que tienen los gastos de salud en el bienestar de los individuos y los hogares. Los gastos en salud pueden causar que las personas y los hogares caigan en una situación de pobreza a pesar de que la definición oficial indique que no son pobres. La pobreza generada por la presencia de gastos catastróficos puede ser temporal o definitiva; estos gastos pueden impedir que una familia pueda superar su pobreza.

Si bien los gastos en salud reducen el bienestar de las personas porque disminuyen el ingreso que pueden utilizar para la adquisición de otros bienes o servicios, este tipo de gasto también puede ser una inversión en capital humano.⁵⁴

Con base en la información disponible, a continuación se muestra el impacto de los gastos de salud en la condición de pobreza de las personas y hogares en México en los años 1992 y 2002, evaluándose el impacto en los diferentes grupos de ingreso, en el sector rural y urbano, y según la condición de aseguramiento de los hogares.

De acuerdo con Fosado y López-Calva (2004), en el año 2002, utilizando la línea de pobreza I oficial, también llamada pobreza alimentaria, y restando los gastos en salud que realizan los individuos u hogares del ingreso per cápita (llamado método indirecto), el número de personas que se consideran como

⁵² Si bien la cobertura del IMSS e ISSSTE es altamente regresiva, los servicios que ofrece la Secretaría de Salud y el programa IMSS-Oportunidades son progresivos, pero éste último sólo ofrece servicios de atención primaria.

⁵³ En términos de equidad, es necesario equilibrar esta proporción. Una alternativa para alcanzar este propósito es la de sustituir gasto privado por gasto público, de manera que esta relación pudiera aproximarse a una recta con una ligera pendiente negativa, lo que haría necesario incrementar el nivel de gasto público (Noriega, 2004).

⁵⁴ Es decir, si una familia realiza gastos en medicina preventiva estaría reduciendo la posibilidad de enfermarse en el futuro, aumentado con ello su capacidad para generar ingresos posteriormente.

pobres se incrementa en aproximadamente dos millones doscientos mil individuos o en 10.7% (véase cuadro I.1).⁵⁵ Los gastos de bolsillo en salud provocan que la pobreza rural se incremente más que la urbana: de los nuevos pobres por gastos en salud, el 54% proviene del sector rural.⁵⁶

En la gráfica I.3 se presentan los cambios en la incidencia de la pobreza por grupos de ingreso por hogares, entre los años de 1992 y 2002. Como se puede observar, tanto para 1992 como para 2002, los gastos en salud provocaron que más hogares de los deciles II, III y IV cayeran en pobreza alimentaria. Es decir, los gastos en salud afectaron más a los más pobres, probablemente por su condición de no aseguramiento.⁵⁷ Sin embargo, hay que destacar que algunos hogares pertenecientes a los deciles más altos también cayeron en pobreza por gastos en salud, debido posiblemente a que algunos hogares o individuos utilizaron servicios médicos privados a pesar de contar con algún tipo de seguro público.

En 1992, el 78% de las personas que cayeron en pobreza por gastos en salud no estaban asegurados. Esta cifra no sufrió una modificación sustancial en el 2002, ya que en ese año el 73% de los “nuevos pobres” por gastos en salud tampoco contaban con un seguro médico. Por otro lado, el número de personas no aseguradas que se situaron por debajo de la línea de pobreza alimentaria aumentó casi 374,392 en el 2002 respecto a 1992 según este método de estimación.

⁵⁵ La pobreza alimentaria se define como la proporción de hogares o personas cuyo ingreso es menor al necesario para cubrir las necesidades de alimentación correspondientes a los requerimientos establecidos en la canasta de alimentos de INEGI-CEPAL, SEDESOL (2003). (<http://www.sedesol.gob.mx/subsecretarias/prospectiva/cuadernos/MedicionOK.pdf>). Véase método indirecto en ficha técnica basada en la ENIGH 2002 y la Encuesta Nacional de Empleo.

⁵⁶ En un ejercicio alternativo se construyeron líneas de pobreza que incluyen necesidades básicas de alimentación y salud (por el llamado método directo que también se explica en la ficha técnica basada en la ENIGH 2002 y la Encuesta Nacional de Empleo) y se calculó la incidencia de la pobreza para personas y hogares en México en los años 1992 y 2002. Para el 2002, se clasificaron como pobres casi dos millones y medio de individuos, cifra superior a la que se obtuvo con el método indirecto. El nivel de pobreza rural, tanto en los hogares como en los individuos, se incrementó más que el reportado en zonas urbanas. Esto podría indicar que los gastos en servicios de salud de bolsillo impactan más el bienestar de los individuos y familias que viven en el medio rural que en zonas urbanas. Este fenómeno también se presentó en 1992, ya que las estimaciones muestran que el incremento en la incidencia de la pobreza es mayor para los hogares e individuos que viven en el sector rural que para los que viven en el sector urbano. Los resultados indican que el aumento en la incidencia de la pobreza por gasto en salud utilizando el método directo es 0.1 % mayor para los hogares y 0.7 % mayor para los individuos respecto a los resultados obtenidos con el método indirecto.

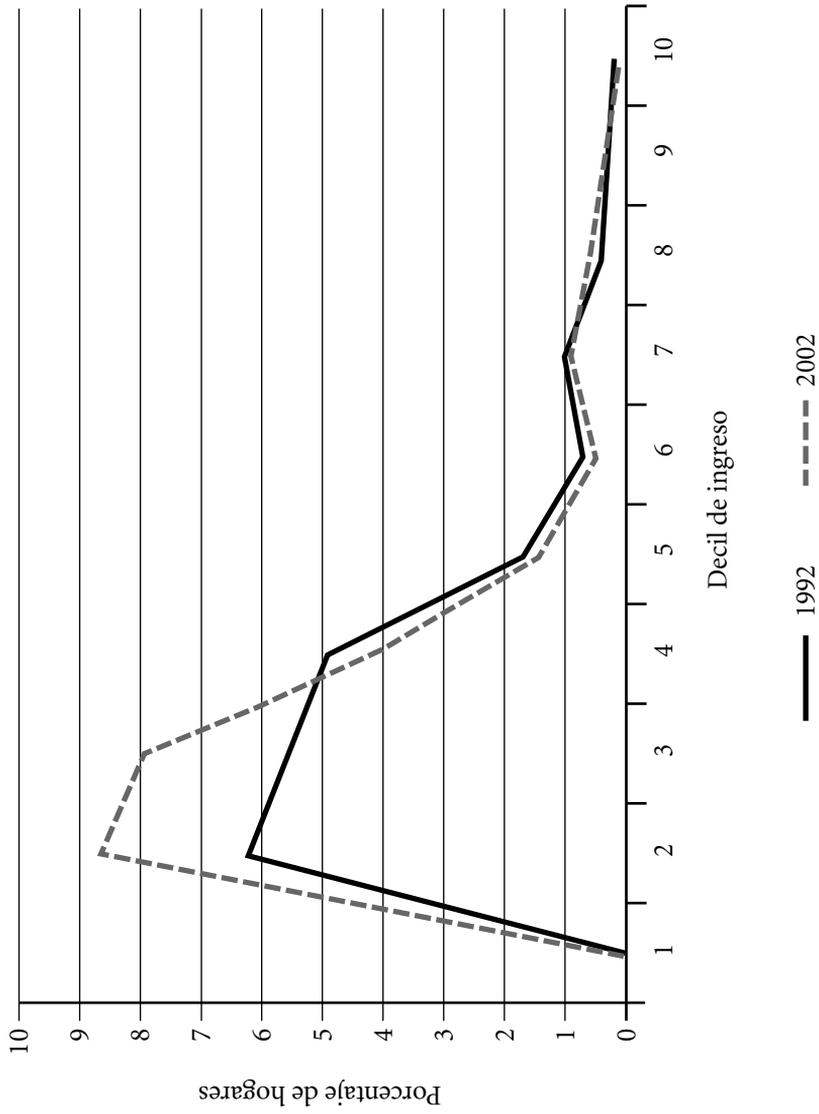
⁵⁷ Los cálculos se realizaron con base en la incidencia de la pobreza (*headcount*) y un coeficiente de aversión a la pobreza igual a cero.

CUADRO I.1. Impacto sobre la incidencia de la pobreza por gastos en salud, 1992 y 2002

		Pobreza alimentaria		
Año	Número de hogares y personas pobres	Incidencia de la pobreza después de gasto en salud	Incidencia de la pobreza antes de gasto en salud	Nuevos pobres
2002	Hogares	1,597,173	1,335,870	261,303
	Urbano	2,842,148	2,561,647	280,501
	Rural	4,439,321	3,897,517	541,804
Personas	Urbano	8,220,169	7,210,071	1,010,098
	Rural	14,556,352	13,364,511	1,191,841
	Nacional	22,776,521	20,574,582	2,201,939
1992	Hogares	771,998	647,653	124,345
	Urbano	2,399,851	2,192,293	207,558
	Rural	3,171,850	2,839,946	331,904
Personas	Urbano	4,469,754	3,928,089	541,665
	Rural	14,700,026	13,661,240	1,038,786
	Nacional	19,169,780	17,589,329	1,580,451

FUENTE: Fosado y López-Calva, 2004.

GRÁFICA I.3. Cambio en la incidencia de la pobreza por gastos en salud de los hogares en México, 1992-2002.



FUENTE: Fosado y López-Calva, 2004.

¿Cuáles son las características de los individuos más susceptibles a caer en pobreza debido a gastos en salud? Para responder esta pregunta se estimó la probabilidad de que un hogar sea clasificado como pobre una vez descontados sus gastos en salud, y según sus características socioeconómicas, el nivel de educación del jefe del hogar, el tipo de gasto en salud y su condición de aseguramiento. Todas las estimaciones se hicieron con los hogares que cayeron en pobreza por gastos en salud en el año 2002.⁵⁸

Los resultados indican que la probabilidad de un hogar de caer en pobreza por gastos en salud aumenta cuando éste pertenece al sector rural, cuando es unipersonal, cuando el jefe del hogar está desempleado o pertenece a la población económicamente inactiva, o cuando es mujer. Por otro lado, si el nivel de educación del jefe del hogar aumenta, la probabilidad de caer en pobreza por gasto en salud disminuye (véase gráfica I.4).⁵⁹

La misma gráfica muestra que el tipo de gasto en salud que impacta en mayor medida la probabilidad de caer en pobreza son los gastos hospitalarios, los gastos realizados durante el parto y los gastos ortopédicos o terapéuticos.

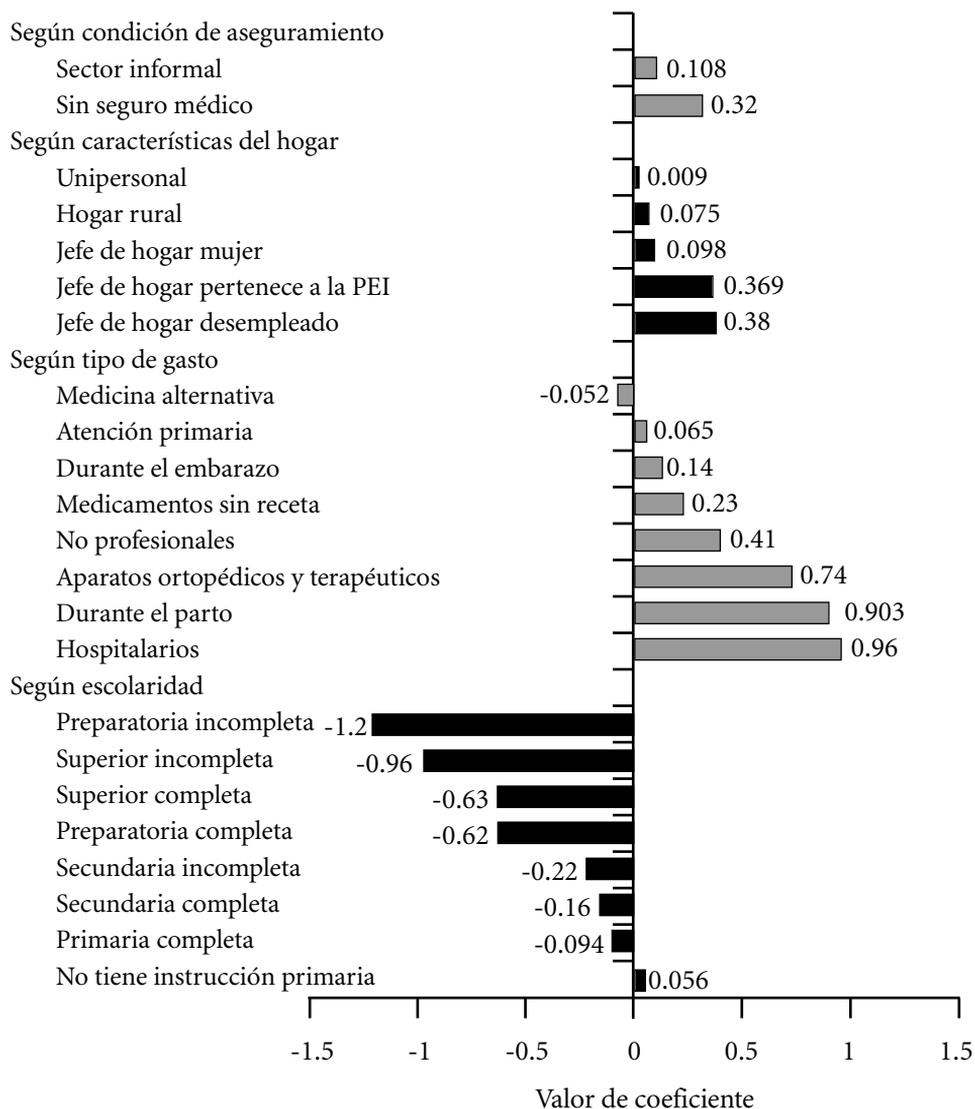
Los resultados indican además que si el jefe del hogar trabaja en el sector informal o no cuenta con un seguro médico, aumenta su probabilidad de caer en pobreza por gastos en salud; lo primero podría ser consecuencia de la fuerte correlación entre el acceso al sector formal y el acceso a la seguridad social en salud en nuestro país (véase gráfica I.4).

Como hemos visto, los costos monetarios que las familias mexicanas realizan al enfrentar eventos adversos en su capital de salud tienen un efecto considerable sobre su condición económica. Además, las familias más pobres aparecen como relativamente más vulnerables ante estos eventos que las familias de mayor ingreso. La protección incompleta contra riesgos de salud puede entonces no solamente conducir a mayor pobreza, sino también a una distribución del ingreso aún más desigual. Políticas públicas dirigidas a fortalecer la protección contra riesgos de salud, a promover el desarrollo infantil temprano y a reducir las diferencias en las condiciones de salud, son medidas que, además de mejorar la salud de la población, pueden ayudar a mejorar el nivel de ingreso, impulsar el crecimiento económico y reducir la desigualdad en la distribución del ingreso.

⁵⁸ Los modelos se presentan en Fosado y López-Calva (2004).

⁵⁹ Los resultados son robustos independientemente de la especificación del modelo excepto para las variables para hogares unipersonales y cuando el jefe del hogar es mujer.

GRÁFICA I.4. Probabilidad de caer en pobreza por gasto en salud



FUENTE: Fosado y López-Calva, 2004.

Como se ha mostrado a lo largo de este capítulo, la salud desempeña un papel sustantivo en el crecimiento económico de largo plazo de México, tanto de manera directa como indirecta. No obstante, existe un importante grado de subinversión tanto en salud como en educación. El proceso de inversión en capital humano está sujeto a fallas en el sistema de mercado, por lo que se requieren políticas públicas que lo apoyen. En México dichas fallas tienen la fuerza suficiente para causar una trampa de pobreza que divide a la población en dos grupos, uno con mayor capital humano que el otro. Además de los apoyos a la inversión en capital humano, las políticas públicas deben tomar en cuenta la naturaleza integral de la salud y sus efectos en todo el ciclo de vida, desde el desarrollo infantil temprano hasta la salud adulta. Asimismo, se destaca el papel que desempeñan los riesgos adversos idiosincrásicos en salud y su importante impacto sobre la pobreza y la desigualdad. Esto subraya la importancia de que existan seguros médicos adecuados que cubran a todos los mexicanos.

II. INDICADORES DE SALUD EN MÉXICO Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

LOS INDICADORES del estado de salud de la población son, en gran medida, el reflejo del nivel de desarrollo de un país. México está catalogado como un país de “ingreso medio alto,” según la clasificación del Banco Mundial (2005), y de “desarrollo humano alto,” de acuerdo con la clasificación del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2005b).⁶⁰ Cuando se utiliza la esperanza de vida al nacer para medir el estado de salud, México presenta niveles promedio de salud consistentes con dicho nivel de ingresos y con su posición mundial (la número 53) en términos del Índice de Desarrollo Humano (IDH).

Sin embargo, cuando se utilizan indicadores menos generales es posible observar algunos resultados inferiores a los que corresponden al ingreso per cápita de nuestro país: por ejemplo, la tasa de mortalidad en menores de un año esperada para México, dado su nivel de desarrollo, es 22% menor que la observada, lo que en 1998 representó cerca de 20 mil muertes infantiles en exceso.⁶¹

México es también un país que enfrenta graves problemas de desigualdad económica, lo que se refleja de manera importante en las disparidades de indicadores de salud entre personas y regiones. La información desagregada sobre estados de salud muestra que existen brechas que ubican a ciertas regiones y estratos poblacionales en una situación comparable a la de los países catalogados como de “ingresos bajos,” muy distinta a la situación nacional promedio. Por ejemplo, de acuerdo con PNUD (2005a), en México coexisten índices de desarrollo humano similares a Europa (Distrito Federal y Nuevo León) con índices equivalentes a los de países como Samoa o El Salvador (Chiapas y Oaxaca). Más aún, tan sólo en el estado de Oaxaca, el municipio relativamente rico de San Sebastián Tutla muestra una tasa de mortalidad infantil tan baja

⁶⁰ Los países se clasifican, de acuerdo al Banco Mundial, en “ingreso bajo” (menos de 825 dólares per cápita anual), “ingreso medio bajo” (entre 826 y 3,255 dólares per cápita anual), “ingreso medio alto” (de 3,256 a 10,065 dólares per cápita anual) e “ingreso alto” (10,066 dólares per cápita anual o más). Esta clasificación fue actualizada por última vez en 2005. Para PNUD, los países de desarrollo humano alto son aquellos cuyo IDH es superior a 0.80. México tiene un IDH de 0.801 de acuerdo al Informe sobre Desarrollo Humano 2004.

⁶¹ Véase Bertozzi y Gutiérrez (2003).

como las de Argentina y la Federación Rusa (17 y 18 muertes en menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos, respectivamente), mientras que en el municipio de Santiago Amoltepec se observa una tasa igual a la de Gabón (60 muertes por cada 1,000 nacidos vivos).

Dado que la salud tiene un efecto directo sobre la productividad y el ingreso, y un efecto indirecto sobre el crecimiento a través del proceso de acumulación de capital humano, la desigualdad en logros de la salud entre grupos y regiones afecta de manera importante la productividad agregada y puede generar trampas de pobreza a nivel local. La reducción de brechas cobra así especial relevancia no sólo en el plano normativo, sino también desde el punto de vista económico. Por lo anterior, es fundamental el análisis del estado y la evolución de los indicadores agregados de salud así como por grupo socioeconómico y regiones geográficas.

LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO EN MATERIA DE SALUD

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio nacieron de la Declaración del Milenio, suscrita por los 189 países asistentes a la Cumbre del Milenio de Naciones Unidas realizada en septiembre del año 2000. Dichos Objetivos comprometen a todos los países, tanto a los ricos como a los pobres, a luchar contra la pobreza y el hambre; contra la desigualdad de género; contra la falta de acceso a la educación, la atención médica, el agua potable y la sanidad, y contra el deterioro del medio ambiente. Los países firmantes establecieron metas específicas en función de un grupo de indicadores que permitieran identificar el punto de partida y estuvieran disponibles para evaluar los avances en el año 2015.⁶²

Para impulsar los Objetivos de Desarrollo en los países pobres, la comunidad internacional adoptó una serie de acciones para movilizar recursos domésticos e

⁶² Además de los objetivos mencionados anteriormente, la Declaración del Milenio también incluye acciones para reducir la deuda, y aumentar el comercio y la transferencia de tecnología hacia los países pobres, lo cual involucra de manera central a las economías desarrolladas. La Declaración brinda una atención especial a los medios que se requieren para alcanzar los ODM, los cuales incluyen, entre otros, una movilización de recursos de organismos internacionales y de los propios países, alianzas a nivel nacional e internacional, y el diseño de programas y políticas específicos. Asimismo, los ODM también fueron parte de la agenda de la Ronda sobre Comercio realizada en Doha en noviembre del año 2001. Durante esta reunión se discutieron los problemas de los países en desarrollo en los acuerdos de la Organización Mundial de Comercio (OMC), enfatizando sus necesidades en el tema agrícola, los subsidios, y las medidas sobre inversión. Ante esto, se acordó llevar a cabo acciones para mejorar las condiciones comerciales que afectan a los países en desarrollo.

internacionales. Esto fue acordado en la Conferencia Internacional sobre Financiamiento para el Desarrollo que se llevó a cabo en la ciudad de Monterrey en marzo de 2002, donde también se analizaron los mecanismos para canalizar dichos recursos. De la Conferencia emanó el *Consenso de Monterrey*, que hace explícita la responsabilidad compartida entre países ricos y pobres en el logro de los Objetivos y llama a cumplir con la rendición de cuentas a la comunidad internacional.

Los Objetivos del Milenio fueron ratificados, y en algunos casos ampliados, en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible que tuvo lugar en Johannesburgo en septiembre de 2002. Se establecieron metas adicionales relacionadas con el acceso al agua potable y en materia de sanidad y salud. En la reunión se enfatizó la importancia de la participación del sector privado, la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales (ONG) para alcanzar las metas establecidas.

Objetivos de Desarrollo del Milenio

Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Meta 1: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día.

Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre.

Objetivo 2. Lograr la enseñanza primaria universal

Meta 3: Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.

Objetivo 3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer

Meta 4: Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015.

Objetivo 4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

Meta 5: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

Objetivo 5. Mejorar la salud materna

Meta 6: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.

Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.

Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.

Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Meta 9: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.

Meta 10: Reducir a la mitad para el año 2015 el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.

Meta 11: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.

Objetivo 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Meta 12: Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. Se incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos, el desarrollo y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional.

Meta 13: Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados.

Se incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia para el desarrollo más generosa a los países que hayan expresado su determinación de reducir la pobreza.

Meta 14: Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y las decisiones adoptadas en el vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General).

Meta 15: Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo.

Meta 16: En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo.

Meta 17: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un costo razonable.

Meta 18: En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.

FUENTE: Naciones Unidas

El Objetivo 1, sobre erradicación de la extrema pobreza y el hambre, incluye entre sus metas reducir a la mitad la proporción de personas que padecen hambre. Para dar seguimiento a este Objetivo, la Organización de Naciones Unidas (ONU) ha propuesto utilizar indicadores relacionados con la salud en un sentido amplio del término, es decir, incluyendo parámetros nutricionales: niños menores de cinco años con peso inferior al normal y porcentaje de la población que se encuentra por debajo de un nivel mínimo de consumo energético.

En su definición más restringida, la salud está representada por los Objetivos 4, 5 y 6: salud infantil, salud materna, y VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades contagiosas.

El Objetivo 4 exige reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de 5 años entre 1990 y 2015. Para dar seguimiento a esta meta la ONU seleccionó tres indicadores: la tasa de mortalidad en menores de un año, la tasa de mortalidad en menores de cinco años y la proporción de niños menores de un año vacunados contra el sarampión.

El Objetivo 5 tiene como meta la reducción en tres cuartas partes de la mortalidad materna en el mismo periodo, 1990 a 2015. Para dar seguimiento a esta meta se propone evaluar la tasa de mortalidad materna (TMM) y el porcentaje de nacimientos atendidos por personal de salud calificado.

El Objetivo 6 tiene como metas detener y comenzar a revertir, para el 2015, la propagación de VIH/SIDA y la incidencia de paludismo y otras enfermedades. El seguimiento del combate al VIH/SIDA se basa en indicadores como la prevalencia de la infección entre mujeres embarazadas de 15 a 24 años de edad y el número de niños huérfanos por causa de la pandemia. En relación al paludismo y otras enfermedades, se utilizan indicadores como las tasas de mortalidad correspondientes y la proporción de la población en áreas de riesgo que usa medidas efectivas de tratamiento y prevención. En particular se sugiere evaluar el problema de la tuberculosis, a través de la tasa de mortalidad y la proporción de casos detectados y curados por el llamado Tratamiento Directamente Observado (TDO).

Finalmente, el Objetivo 7, sobre protección ambiental, incluye entre sus metas el acceso a agua potable y a los servicios de sanidad básica, lo cual tiene un impacto fundamental sobre la salud. Para analizar la evolución de este Objetivo, se ha propuesto utilizar indicadores sobre el porcentaje de hogares con acceso sostenible a agua potable y agua entubada.

Es importante señalar algunas limitaciones de usar los Objetivos de Desarrollo del Milenio como vara de medición. Las metas en el caso de la salud, por ejemplo, se establecieron en términos relativos (reducir la tasa de mortalidad materna en 75% entre 1990 y 2015, etcétera) y esto plantea una pregunta inmediata: ¿cómo sabemos que el punto de partida es el nivel que corresponde a un país de las características del nuestro? Si adoptamos como medida el desempeño de México comparado, en términos econométricos, con otros países, resulta que para el caso de la tasa de mortalidad infantil, en 1998 la observada para México fue 22% mayor que la esperada, lo que representó cerca de 20,000 muertes infantiles en exceso. Este resultado indica que aun cuando México está cumpliendo con una reducción de la mortalidad infantil compatible

con el logro de la meta planteada en los Objetivos, la tasa que corresponde al punto de partida no es la adecuada, ya que estaba por encima de la que le correspondía a México de acuerdo a su nivel de desarrollo.

Por otra parte, ¿cómo se puede comparar el esfuerzo que se tiene que hacer en términos de recursos, por ejemplo, cuando la meta para un país que empieza de niveles muy malos es sustancialmente más lejana que la de uno que ya comienza desde un punto avanzado? Porque es sabido que el costo de la disminución de la tasa de mortalidad infantil es considerablemente menor a niveles altos (donde muchas de las muertes están asociadas a padecimientos relacionados con la falta de higiene y nutrición) que a niveles bajos (donde una elevada proporción de las muertes se deben a enfermedades congénitas).

Otro aspecto es que aunque a nivel internacional se evalúa el desempeño de los países con base en los Objetivos, en última instancia el proceso de definir metas a nivel nacional y subnacional tiene que ser participativo, es decir, a partir de un consenso entre los distintos niveles de gobierno, las organizaciones de la sociedad civil, el sector empresarial y las opiniones de los expertos.

Por último, si bien el planteamiento de los Objetivos del Milenio es relevante porque establece, por primera vez, metas, tiempos e indicadores específicos de evaluación para los diferentes países, es importante ir más allá de dichos Objetivos si queremos ser consistentes con la realidad de México, y en varias dimensiones: adelantando los periodos en términos de logros específicos, desagregando dichos logros a nivel subnacional e incluyendo variables relacionadas con indicadores no considerados originalmente pero que son de gran importancia en países con las características del nuestro.

AVANCES HACIA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO: MÉXICO EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

Existen algunos intentos por evaluar en forma comparativa los avances en indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a nivel internacional. El Informe de las Naciones Unidas para los Objetivos del Milenio de 2005, por ejemplo, muestra datos de mortalidad en menores de un año y en menores de cinco años, correspondientes a los años 1990 y 2003 en los diferentes países; con estos datos puede calcularse la tasa de avance y verificar si es o no plausible alcanzar cada una de las metas fijadas, que en el caso de la mortalidad infantil consiste en reducirla en dos terceras partes para el año 2015.

Se han manifestado críticas importantes a la comparación de indicadores internacionales. El grado de avance medido en los países depende de muy distintas variables: nivel inicial, montos de inversión, eficiencia en el uso de los recursos, dispersión poblacional, costo relativo de la atención y calidad de la información. Además la comparación entre países debe hacerse tomando en cuenta que estos factores pueden incidir sobre la evolución de los indicadores en el tiempo.

No obstante es posible, como proponen algunas publicaciones internacionales, comparar las tasas de avance de México con las alcanzadas por tres grupos de países: los catalogados como desarrollados, los que se clasifican como de ingreso medio alto, y los países de Latinoamérica y el Caribe. Los indicadores con los que es posible dar seguimiento a los Objetivos en el caso de México, en tanto se cuenta con observaciones relativamente confiables a través del tiempo, son:

- Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo energético (Objetivo 1).
- Tasas de mortalidad en menores de un año y en menores de cinco años (Objetivo 4).
- Tasa de mortalidad materna y porcentaje de partos atendidos por personal médico calificado (Objetivo 5).
- Tasa de mortalidad por VIH/SIDA, prevalencia de tuberculosis, porcentaje de casos de tuberculosis manejados bajo el Tratamiento Directamente Observado (Objetivo 6).
- Porcentaje de viviendas que disponen de agua entubada y porcentaje de hogares con acceso sostenible a agua potable (Objetivo 7).

En lo relativo al Objetivo 1 —reducir a la mitad la pobreza extrema—, una forma indirecta de evaluar el avance consiste en analizar el indicador desmedro, que bajó de 23% en 1988 (Encuesta Nacional de Nutrición) a 17.8% en 1999, lo que implica una reducción de 22%, es decir, muy por debajo del 44% que se requeriría en el mismo periodo si se quiere alcanzar el Objetivo en el año 2015, bajo el supuesto de un comportamiento lineal (esto es cierto para cualquier indicador cuya evolución se analiza entre 1990 y 2001).

En cuanto a la evolución de los indicadores de mortalidad en niños menores de un año y en menores de cinco años —Objetivo 4—, en todas las regiones del mundo se han presentado mejoras importantes. Los avances han sido independientes del nivel de ingreso de los países, ya que tanto los de ingresos altos como los de ingresos medios o bajos experimentaron reducciones sustanciales

en estos indicadores. En Latinoamérica y el Caribe también se han experimentado reducciones importantes en la mortalidad infantil durante las últimas décadas. En esta región, conformada por países de ingreso medio y bajo, la tasa de mortalidad en menores de un año pasó de 156 a 28 defunciones por cada 1000 nacidos vivos entre 1978 y 1998, lo que representa una reducción del 82% (OMS, 1999). Debe subrayarse que la mortalidad infantil es una variable fundamental para evaluar un sistema de salud, debido a su correlación con otros indicadores de provisión de servicios y atención básica.

Si se analizan los avances en cada país, se puede seleccionar un subconjunto de los que se catalogan como de alto desarrollo humano, grupo al que México también pertenece. Estos son: Alemania, Canadá, Estados Unidos, Francia, Japón y el Reino Unido. En panel A del cuadro II.1 se presentan las tasas de mortalidad en menores de cinco años que presentaban estos países y México en el año 1990 y en el año 2003, así como la meta que cada uno de los países tiene para el año 2015 y la tasa de avance en 2003. Se considera un logro constante, dado que habrían transcurrido trece de los 25 años del periodo establecido, y que la tasa de avance sea mayor o igual al 52% de la meta es sin duda un logro aceptable. El nivel inicial del indicador determina en forma importante el costo y las posibilidades de logros futuros, ya que como se mencionó anteriormente el costo o esfuerzo necesario para lograr una reducción adicional en la mortalidad infantil en países con un nivel ya reducido es considerablemente mayor.

En esta comparación se puede observar que Japón es el país con la menor tasa de mortalidad en 1990, mientras que México reportó una tasa de mortalidad infantil mayor a la del resto de los países desarrollados. En el año 2003 México presentó una tasa de mortalidad infantil 7.5 veces mayor que Japón y 4.5 veces mayor que Estados Unidos y el Reino Unido, países que, después de México, presentan la mayor tasa en este comparativo. Pese a estas diferencias, la tasa de avance de México durante el periodo (66%) es consistente con el logro del Objetivo. En términos de la tasa de avance, México presenta un mejor desempeño que cuatro de los países con los que se compara (Reino Unido, Japón, Canadá y Estados Unidos) y queda por detrás de Francia y Alemania. Al tratarse de una variable acotada, se espera que los países que inician de niveles más altos (es decir, que inician con peores indicadores) avancen más rápidamente. Cabe señalar que en un comparativo con los mismos países, México muestra una evolución de la tasa de mortalidad infantil (menores de un año) similar, mostrando también un avance de 66% entre 1990 y 2003.

CUADRO II.1. Avance en la reducción de la tasa de mortalidad de menores de cinco años. Comparación con países desarrollados y de Latinoamérica*

<i>País</i>	<i>1990</i>	<i>2003</i>	<i>Meta 2015</i>	<i>Tasa de avance (%)</i>
México	44.9	25.1	15.0	66.0
<i>Panel A. Países desarrollados</i>				
Francia	9.0	5.0	3.0	66.7
Alemania	9.0	5.0	3.0	66.7
Reino Unido	10.0	6.0	3.3	60.0
Japón	6.0	4.0	2.0	50.0
Canadá	9.0	6.0	3.0	50.0
Estados Unidos	10.0	8.0	3.3	30.0
<i>Panel B. Países latinoamericanos</i>				
Perú	80.0	34.0	26.7	86.3
Chile	19.0	9.0	6.3	78.9
República Dominicana	65.0	35.0	21.7	69.2
Guatemala	82.0	47.0	27.3	64.0
Colombia	36.0	21.0	12.0	62.5
Uruguay	24.0	14.0	8.0	62.5
Brasil	60.0	35.0	20.0	62.5
Costa Rica	17.0	10.0	5.7	61.8
Argentina	28.0	20.0	9.3	42.9
Venezuela	27.0	21.0	9.0	33.3

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

La meta es reducir la mortalidad en menores de cinco años en dos terceras partes del año 1990 al 2015.

* Número de muertes por cada 1,000 nacidos vivos.

Aun con una reducción mayor al 50% en las tasas de mortalidad de menores de cinco años, México no está entre los países de América Latina y el Caribe que más avanzaron en este sentido. En el panel B del cuadro II.1 se muestra el comparativo correspondiente a la tasa de mortalidad en menores de cinco años en diez países latinoamericanos.

La evolución de la mortalidad en menores de cinco años también puede analizarse a nivel estatal. La meta para cada estado se determina aplicando la reducción en dos tercios de la tasa de 1990 para cada uno de ellos, tal como lo plantean los Objetivos de Desarrollo del Milenio (véase columna 3 del cuadro II.2). Al mismo tiempo, se espera alcanzar un promedio nacional de 15.0 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos en el año 2015. Se plantea que en los estados con las tasas más elevadas debe hacerse un esfuerzo adicional, ajustando la meta por lo menos al valor nacional promedio esperado (véase columna 4 del cuadro II.2). Hay 12 estados de la República que están en este caso, entre los que se cuentan Guerrero, Chiapas y Oaxaca, los estados más pobres del país. Por otra parte, entre los estados más avanzados para cumplir la meta se encuentran Querétaro, Quintana Roo y Coahuila.

CUADRO II.2. Avance en la reducción de la tasa de mortalidad de menores de cinco años, por entidad federativa*

<i>Entidad federativa</i>	<i>1990 (1)</i>	<i>2004 (2)</i>	<i>Reducción 2/3 (3)</i>	<i>Meta2015 (4)</i>
Aguascalientes	36.4	19.6	12.1	12.1
Baja California	33.2	18.6	11.1	11.1
Baja California Sur	37.5	20.4	12.5	12.5
Campeche	46.7	25.2	15.6	15.0
Coahuila	35.3	18.4	11.8	11.8
Colima	38.2	20.3	12.7	12.7
Chiapas	63.9	33.6	21.3	15.0
Chihuahua	37.2	20.5	12.4	12.4
Distrito Federal	30.1	17.3	10.0	10.0
Durango	44.2	23.1	14.7	14.7
Guanajuato	45.2	23.9	15.1	15.0
Guerrero	59.8	32.0	19.9	15.0
Hidalgo	53.0	27.1	17.7	15.0
Jalisco	38.3	20.9	12.8	12.8
México	37.8	20.8	12.6	12.6
Michoacán	48.6	26.0	16.2	15.0
Morelos	40.7	21.8	13.6	13.6
Nayarit	44.7	24.2	14.9	14.9

Nuevo León	32.8	17.5	10.9	10.9
Oaxaca	62.4	32.6	20.8	15.0
Puebla	50.5	26.7	16.8	15.0
Querétaro	45.1	22.9	15.0	15.0
Quintana Roo	42.7	21.7	14.2	14.2
San Luis Potosí	50.3	26.1	16.8	15.0
Sinaloa	43.5	22.9	14.5	14.5
Sonora	37.2	20.1	12.4	12.4
Tabasco	51.0	27.3	17.0	15.0
Tamaulipas	38.7	20.3	12.9	12.9
Tlaxcala	44.1	23.2	14.7	14.7
Veracruz	52.2	27.4	17.4	15.0
Yucatán	46.3	24.5	15.4	15.0
Zacatecas	50.7	26.3	16.9	15.0

FUENTE: Conapo, 2002.

* Defunciones por 1,000 nacidos vivos.

El Objetivo 5 propone reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. Haciendo una comparación entre México y los mismos países estudiados en el caso de las tasas de mortalidad de menores de cinco años, se puede observar (véase cuadro II.3, panel A) que tanto en 1990 como en 2000 Canadá presentó la menor tasa de mortalidad materna, y que en el año 2000 México tuvo una tasa casi 14 veces mayor a la canadiense. Se comprueba también que algunos países han retrocedido en los valores de este indicador, como Francia, Estados Unidos y el Reino Unido, incremento que tal vez pueda ser imputado, al menos en parte, a mejoras en el registro de la información. En términos de la tasa de mortalidad materna, México queda por debajo del logro que requeriría considerando el tiempo transcurrido para alcanzar la meta, es decir, el 67.3% de avance.

En América Latina y el Caribe los avances en la tasa de mortalidad materna son desiguales. En el panel B del cuadro II.3, se muestran los valores de este indicador en la región, entre 1990 y 2000. Chile y Uruguay reportan una reducción sustancial en este indicador (superior al 50%). También se verifica el caso contrario, de países como Brasil, Colombia, República Dominicana, Guatemala y Perú, que muestran un incremento importante en la tasa de mortalidad materna y que tendrán que hacer un esfuerzo extra, superior al 8.8% anual, para alcanzar

CUADRO II.3. Avance en la reducción de la tasa de mortalidad materna*.
Comparación con países desarrollados y latinoamericanos

País	1990	2003	Meta 2015	Tasa de avance (%)
México	110.0	83.0	27.5	32.7
<i>Panel A. Países desarrollados</i>				
Alemania	22.0	8.0	5.5	84.8
Japón	18.0	10.0	4.5	59.3
Canadá	6.0	6.0	1.5	0.0
Francia	15.0	17.0	3.8	-17.8
Estados Unidos	12.0	17.0	3.0	-55.6
Reino Unido	9.0	13.0	2.3	-59.3
<i>Panel B. Países latinoamericanos</i>				
Uruguay	85.0	27.0	21.3	91.0
Chile	65.0	31.0	16.3	69.7
Costa Rica	55.0	43.0	13.8	29.1
Venezuela	120.0	96.0	30.0	26.7
Argentina	100.0	82.0	25.0	24.0
Brasil	220.0	260.0	55.0	-24.2
Guatemala	200.0	240.0	50.0	-26.7
Colombia	100.0	130.0	25.0	-40.0
República Dominicana	110.0	150.0	27.5	-48.5
Perú	280.0	410.0	70.0	-61.9

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

NOTA: La meta es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes del año 1990 al 2015.

* Número de muertes por cada 100,000 nacidos vivos.

la meta fijada en el Objetivo correspondiente. Si bien su tasa de mortalidad materna es inferior al promedio latinoamericano, México presenta niveles absolutos todavía altos en relación a otros países de la región y un ritmo de reducción que aún se encuentra por debajo del requerido.

El Objetivo de mejoramiento de la salud materna no está asociado solamente a la tasa de mortalidad, sino también al porcentaje de partos que cuentan con asistencia de personal capacitado, que puede prevenir y en su caso atender o canalizar las complicaciones del parto y el puerperio. En términos de este indicador, la meta es llegar al 100%. En México la cifra correspondiente es del 86%. Sólo diez países latinoamericanos se encuentran en una situación peor: Surinam, Belice, Paraguay, Bolivia, Ecuador, Nicaragua, Perú, Honduras, Guatemala, y el más atrasado en esta materia, Haití, con menos del 30% de los partos atendidos por personal especializado. Hay países de menor ingreso que México que muestran porcentajes de atención del parto mayores al nuestro: Cuba, El Salvador y República Dominicana.

En el caso de México también existen grandes contrastes en la distribución estatal de las tasas de mortalidad materna (véase cuadro II.4). Las cifras más elevadas se registran en las zonas sur y centro del país, y seis entidades federativas de estas zonas concentran más del 50% de las muertes maternas.

CUADRO II.4. Tasa de avance en la reducción de la mortalidad materna por entidad federativa*

<i>Entidad federativa</i>	<i>2004</i>	<i>Meta 2015</i>	<i>Brecha a reducir (%)</i>
Aguascalientes	23.6	23.6	0.0
Baja California	62.8	27.5	56.2
Baja California Sur	44.0	27.5	37.5
Campeche	46.3	27.5	40.6
Coahuila	32.1	27.5	14.3
Colima	28.6	27.5	3.8
Chiapas	103.2	27.5	73.4
Chihuahua	53.7	27.5	48.8
Distrito Federal	62.6	27.5	56.1
Durango	80.3	27.5	65.8
Guanajuato	52.7	27.5	47.8

Guerrero	99.8	27.5	72.4
Hidalgo	75.3	27.5	63.5
Jalisco	51.8	27.5	46.9
México	73.4	27.5	62.5
Michoacán	48.3	27.5	43.1
Morelos	44.8	27.5	38.6
Nayarit	53.8	27.5	48.9
Nuevo León	15.9	15.9	0.0
Oaxaca	86.9	27.5	68.4
Puebla	80.8	27.5	66.0
Querétaro	58.4	27.5	52.9
Quintana Roo	50.9	27.5	46.0
San Luis Potosí	73.0	27.5	62.3
Sinaloa	35.7	27.5	23.0
Sonora	39.3	27.5	30.0
Tabasco	52.3	27.5	47.4
Tamaulipas	45.2	27.5	39.2
Tlaxcala	58.2	27.5	52.7
Veracruz	78.1	27.5	64.8
Yucatán	51.4	27.5	46.5
Zacatecas	32.0	27.5	14.1
Nacional	62.6	27.5	56.1

FUENTE: Elaborado con base en información de Salud México 2004. Secretaría de Salud, 2005

* Defunciones por 100,000 nacidos vivos estimados.

Dado que se cambió la metodología para calcular la tasa de mortalidad materna a partir del año 2001, los datos históricos no son comparables. Por esta razón no se puede aplicar de forma directa el criterio de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y se tomará la meta nacional (27.5 defunciones por 100,000 nacidos vivos en 2015) como objetivo para cada uno de los estados, salvo para aquellos que ya cuentan con tasas menores, como es el caso de Nuevo León y Aguascalientes. El rezago en mortalidad materna es muy grande en estados como Chiapas y Guerrero, donde se requerirá una reducción de más del 70% respecto al dato observado en el 2004.

La toxemia del embarazo y la hemorragia continúan siendo responsables de un volumen importante de muertes maternas, lo que denota la persistencia de problemas de acceso oportuno a los servicios de salud y a la adecuada atención del embarazo, parto y puerperio en los medios rurales y suburbanos marginados.

En lo tocante a la meta que consiste en detener la propagación del VIH/SIDA y la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves, el Objetivo 6 se planteó teniendo en mente una realidad muy diferente a la de México: la del continente africano, auténticamente diezariado por el VIH y con elevadas tasas de mortalidad por paludismo, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas. En América Latina y el Caribe el VIH/SIDA se encuentra concentrado en ciertos grupos de la población, por lo que el logro de este Objetivo debe limitarse a los indicadores específicos de los grupos de riesgo. Por lo que respecta a otras enfermedades infecciosas, en 2002 se presentaron en México solamente 8 casos de paludismo y 44 de tuberculosis por cada 100,000 habitantes.

En cuanto a la meta ambiental y de sanidad, medida a través del indicador de acceso a agua potable, México se encuentra muy cerca de lograr la meta sugerida en el Objetivo 7: en 2001 el 88% de las personas tuvo acceso a fuentes confiables de abastecimiento de agua potable, y la meta a alcanzar en el 2015 es de 90%; los niveles de acceso siguen siendo, sin embargo, menores a los observados en países como Chile y Colombia.

Una pregunta que es importante responder es si los Objetivos de Desarrollo del Milenio son factibles para el caso de México, dado el comportamiento de inversión, eficiencia y rendimiento del gasto en esta materia en los últimos años.

EL PERFIL DE LA MORTALIDAD MATERNA Y EN MENORES DE CINCO AÑOS

Una de las principales características que presenta la mortalidad materna observada en el país es que más de la mitad de las muertes ocurridas cada año se concentran en un par de causas: los trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio, y los clasificados como hemorragias del embarazo. La primera causa, que agrupa los trastornos de eclampsia y preclampsia, por sí sola representó una tercera parte de todas las muertes maternas ocurridas en 2004. Por su parte las hemorragias del embarazo contribuyeron con casi una quinta parte de la mortalidad materna en el mismo año (véase cuadro II.5).

CUADRO II.5 Principales causas de mortalidad materna, 2004

<i>Causa de muerte</i>	<i>Muertes ocurridas</i>	<i>Participación porcentual</i>	<i>Tasa x 100,000 nacidos vivos</i>
Trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio (Eclampsia y preclampsia)	82	28.6%	4.1
Hemorragia del embarazo y nacimiento y placenta previos	72	24.9%	3.6
Complicaciones predominantemente relacionadas con el puerperio	25	8.6%	1.2
Otras	1,065	38.0%	53.6
Total	1,243	100.0%	62.6

FUENTE: Elaborado con base en las Estadísticas Vitales de Mortalidad, INEGI 2004, y en las Proyecciones de Población de México 2000-2050, CONAPO 2002.

CUADRO II.6. Mortalidad en menores de cinco años de edad por grupo etáreo, 2004

<i>Grupo etáreo</i>	<i>Muertes ocurridas</i>	<i>Participación porcentual</i>	<i>Tasa x 1,000 nacidos vivos</i>
Menores de 28 días de nacidos (mortalidad neonatal)	24,117	50.5%	12.2
Entre 29 y 364 días de edad (mortalidad posneonatal)	14,906	31.2%	7.5
Entre 1 y 4 años de edad (mortalidad preescolar)	8,736	18.2%	4.4
Total	47,759	100.0%	24.1

FUENTE: Elaborado con base en las Estadísticas Vitales de Mortalidad, INEGI 2004, y en las Proyecciones de Población de México 2000-2050, CONAPO 2002.

Esta concentración observada en la mortalidad materna sugiere que una estrategia dirigida específicamente a la prevención y, en su caso, tratamiento oportuno de padecimientos hipertensivos y de hemorragias del embarazo puede reducir de manera importante las muertes maternas, ayudando al cumplimiento de uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en que México enfrenta rezagos.

Por otra parte, los Objetivos de Desarrollo del Milenio buscan reducir no solamente la mortalidad en menores de un año de edad, sino en general la de niños menores de cinco años. Cada año mueren en México cerca de 48,000 niños menores de cinco años: 82% fallece antes de cumplir un año de edad y el restante 18% muere entre el primero y cuarto años (véase cuadro II.6).

CUADRO II.7 Principales causas de mortalidad neonatal, 2004

<i>Causa de muerte</i>	<i>Muertes ocurridas</i>	<i>Participación porcentual</i>	<i>Tasa x 1,000 nacidos vivos</i>
Dificultad respiratoria del recién nacido	5,894	24.4%	3.0
Infecciones específicas del período perinatal	2,865	11.9%	1.4
Hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento	1,688	7.0%	0.9
Malformaciones congénitas del corazón	1,630	6.8%	0.8
Desórdenes relacionados con la gestación y desnutrición fetal	1,474	6.1%	0.7
Factores maternos y complicaciones del embarazo o parto	818	3.4%	0.4
Desórdenes hemorrágicos y hematológicos del recién nacido	762	3.2%	0.4
Otras causas	8,986	37.3%	4.5
Total	24,117	100.0%	12.1

FUENTE: Elaborado con base en las Estadísticas Vitales de Mortalidad, INEGI 2004, y en las Proyecciones de Población de México 2000-2050, CONAPO 2002.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio implican un compromiso para reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años de un nivel de 44.9 muertes por 1,000 nacidos vivos en 1990 a un nivel de 15.0 muertes por 1,000 nacidos vivos en el año 2015. Con el fin de lograr el objetivo planteado, es importante identificar las intervenciones de salud que permitan focalizar los esfuerzos en combatir aquellos padecimientos que en la actualidad contribuyen con la mayor parte de las muertes en ese grupo de edad.

Los principales causantes de mortalidad en niños menores de cinco años difieren considerablemente entre subgrupos étnicos. Entre las muertes neonatales, las cuales representaron la mitad de las muertes en menores de cinco años durante 2004, sobresalen dos causas principales: la dificultad respiratoria del recién nacido y las infecciones específicas del periodo perinatal (véase cuadro II.7). Estas dos causas juntas contribuyeron con la tercera parte de las muertes neonatales en 2004.

Respecto a las muertes en niños entre 28 y 364 días de edad, las infecciones respiratorias agudas bajas, las malformaciones congénitas del corazón y los accidentes constituyen las tres primeras causas de muerte, contribuyendo con 41% del total de muertes en este grupo de edad (véase cuadro II.8).

CUADRO II.8 Principales causas de mortalidad posneonatal, 2004

<i>Causa de muerte</i>	<i>Muertes ocurridas</i>	<i>Participación porcentual</i>	<i>Tasa x 1,000 nacidos vivos</i>
Infecciones respiratorias agudas bajas	3,132	21.0%	1.6
Malformaciones congénitas del corazón	1,561	10.5%	0.8
Accidentes (Lesiones no intencionales)	1,480	9.9%	0.7
Enfermedades infecciosas intestinales	1,298	8.7%	0.7
Desnutrición calórico proteica	730	4.9%	0.4
Septicemia	626	4.2%	0.3
Infecciones específicas del período perinatal	349	2.3%	0.2
Otras causas	5,730	38.4%	2.9
Total	14,906	100.0%	7.5

FUENTE: Elaborado con base en las Estadísticas Vitales de Mortalidad, INEGI 2004, y en las Proyecciones de Población de México 2000-2050, CONAPO 2002.

CUADRO II.9 Principales causas de mortalidad en niños de 1 a 4 años de edad, 2004

<i>Causa de muerte</i>	<i>Muertes ocurridas</i>	<i>Participación porcentual</i>	<i>Tasa x 1,000 nacidos vivos</i>
Accidentes (Lesiones no intencionales)	2,004	22.9%	1.0
Infecciones respiratorias agudas bajas	897	10.3%	0.5
Enfermedades infecciosas intestinales	812	9.3%	0.4
Malformaciones congénitas del corazón	612	7.0%	0.3
Desnutrición calórico proteica	375	4.3%	0.2
Leucemia	287	3.3%	0.1
Septicemia	220	2.5%	0.1
Otras causas	3,528	40.4%	1.8
Total	8,736	100.0%	4.4

FUENTE: Elaborado con base en las Estadísticas Vitales de Mortalidad, INEGI 2004, y en las Proyecciones de Población de México 2000-2050, CONAPO 2002.

Finalmente, los accidentes son la principal causa de muerte entre los niños de uno a cuatro años de edad. Alrededor de una de cada cuatro muertes ocurre por esta causa. Por otra parte, las infecciones respiratorias agudas bajas y las enfermedades infecciosas intestinales constituyen la segunda y tercera causas de muerte contribuyendo, entre las dos, con 20% del total de fallecimientos en este grupo (véase cuadro II.9).

De los tres cuadros anteriores se desprenden 13 causas de muerte que en conjunto concentran el 62% de los fallecimientos entre menores de cinco años (véase cuadro II.10). Estas 13 causas poseen dos características importantes: (1) explican una gran parte de la mortalidad preescolar y (2) son relativamente representativas de los tres grupos etáreos que componen dicha mortalidad. De esta manera, un grupo de intervenciones de salud que efectivamente reduzca la mortalidad por estas causas tiene el potencial no sólo de obtener resultados de

una magnitud considerable en términos de muertes evitadas, sino que además dichos resultados abarcarían todos los grupos etáreos que definen la mortalidad en menores de cinco años.

CUADRO II.10 Grupo prioritario de causas de mortalidad en niños menores de cinco años de edad, 2004

<i>Causa de muerte</i>	<i>Muertes ocurridas</i>	<i>Participación porcentual</i>	<i>Tasa x 1,000 nacidos vivos</i>
Dificultad respiratoria del recién nacido	5,894	12.3%	3.0
Infecciones respiratorias agudas bajas	4,029	8.4%	2.0
Accidentes (Lesiones no intencionales)	3,803	8.0%	1.9
Infecciones específicas del período perinatal	3,484	7.3%	1.8
Malformaciones congénitas del corazón	3,214	6.7%	1.6
Enfermedades infecciosas intestinales	2,111	4.4%	1.1
Hipoxia intrauterina y asfíxia del nacimiento	1,688	3.5%	0.9
Desórdenes relacionados con la gestación y desnutrición fetal	1,474	3.1%	0.7
Desnutrición calórico protéica	1,105	2.3%	0.6
Factores maternos y complicaciones del embarazo o parto	846	1.8%	0.4
Septicemia	818	1.7%	0.4
Desórdenes hemorrágicos y hematológicos del recién nacido	762	1.6%	0.4
Leucemia	287	0.6%	0.1
Otras	18,243	38.2%	9.2
Total	47,759	100.0%	24.1

FUENTE: Elaborado con base en las Estadísticas Vitales de Mortalidad, INEGI 2004, y en las Proyecciones de Población de México 2000-2050, CONAPO 2002.

MÁS ALLÁ DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO:
CORREGIR LA DESIGUALDAD EN LOS INDICADORES DE SALUD.

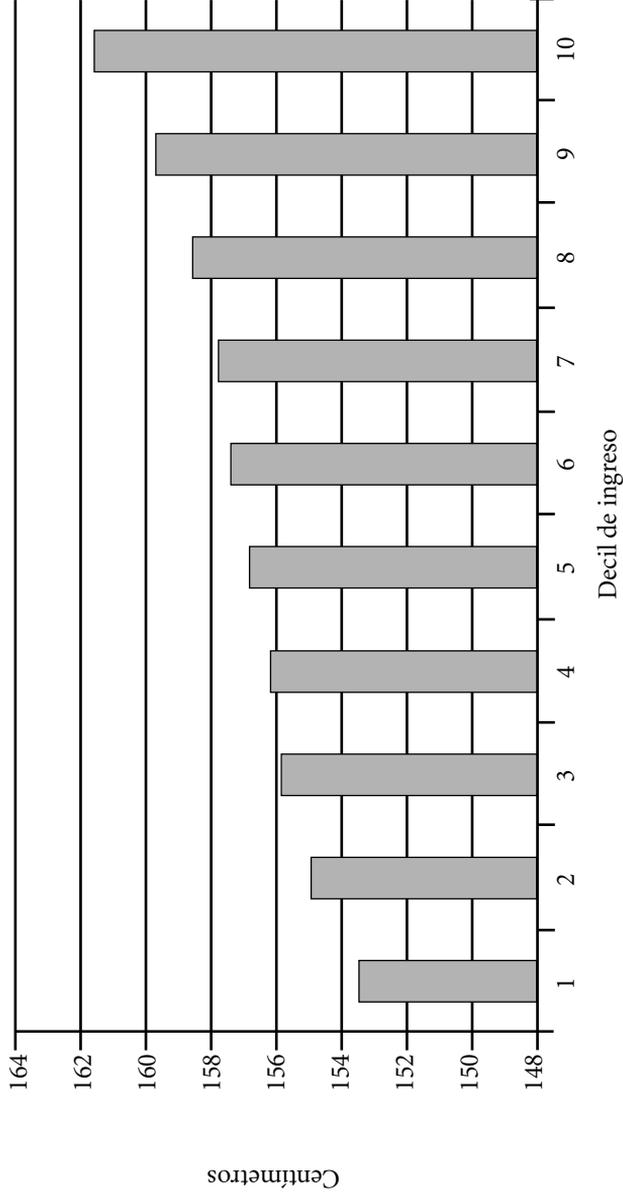
A partir de la ENSA 2000 se puede esbozar un perfil promedio de diversos indicadores del estado de salud en México. Se puede analizar, por ejemplo, la estatura de los adultos de 20 a 64 años de edad agrupados en diez niveles de ingreso (el primer grupo, decil 1, cuenta con el nivel de ingreso más bajo y el décimo grupo, decil 10, tiene el nivel de ingreso más alto). La gráfica II.1 muestra una clara correlación entre ambas variables, donde el grupo de ingreso más bajo muestra una talla promedio más baja, el grupo con el segundo ingreso más bajo presenta la segunda talla promedio más baja y así sucesivamente; la diferencia entre el grupo de ingreso más bajo y el más alto es de casi 10 centímetros. Las diferencias en talla se pueden interpretar como un indicador de la nutrición y la salud acumulada en edades tempranas, pero también puede reflejar una diferenciación económica en función de la composición étnica de la población, algo preocupante en sí mismo pero independiente de la desigualdad en las condiciones de salud.

Otro indicador básico es la desnutrición infantil. La baja talla y el bajo peso para la edad son medidas antropométricas que indican deficiencias nutricionales acumuladas y enfermedades frecuentes. Siguiendo la práctica establecida, se define “baja” talla para la edad como dos desviaciones estándar por debajo de las medidas de referencia recomendadas por la OMS a partir de una población estadísticamente válida de niños saludables en Estados Unidos.

La gráfica II.2 presenta la tasa de mortalidad infantil (TMI) por municipio en el año 2000, ordenando los municipios en términos de la misma TMI y del nivel de marginación según el indicador de CONAPO. Observamos que hay una alta correlación entre ambos. De este ordenamiento se obtiene una distribución de mortalidad por deciles poblacionales tomando en cuenta la población de los municipios, la cual se muestra en el cuadro II.10.

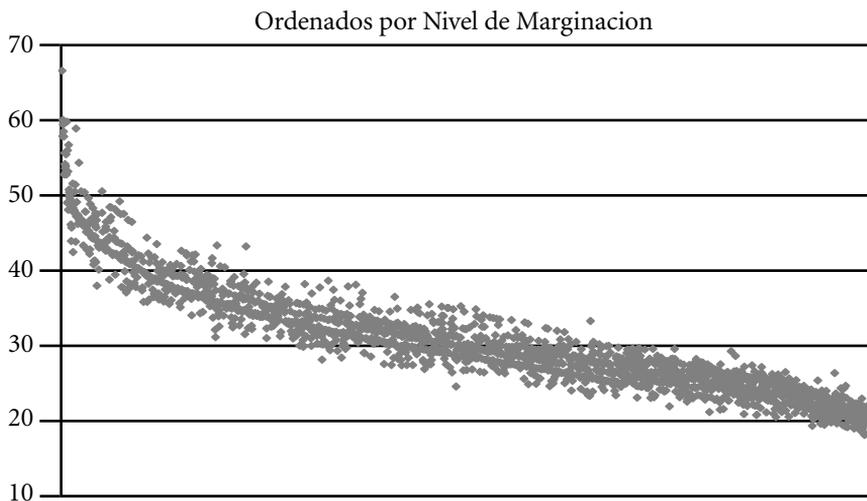
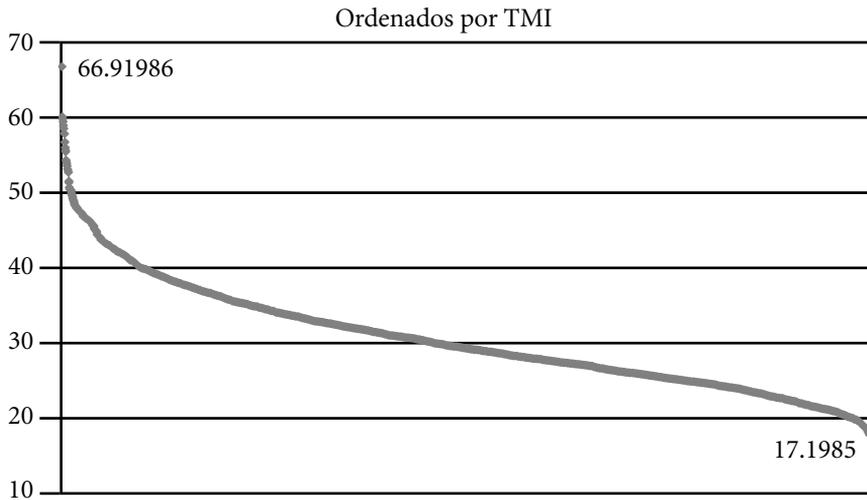
En el cuadro II.11 se muestra la correlación existente entre el nivel de nutrición de niños menores de cinco años y la mortalidad en menores de un año (decesos por cada mil nacidos vivos), por grupo de ingresos. El nivel de nutrición se mide en este caso como la incidencia de baja talla (proporción de niños que presentan el problema) y su distribución (proporción que representa el problema en cada decil, sobre el total poblacional). En el mismo cuadro vemos también que la distribución e incidencia de la mortalidad infantil es similar a la de

*GRÁFICA II.1. Talla de adultos entre 20 y 64 años de edad
(talla acotada entre 135 y 190 centímetros)*



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

GRÁFICA II.2. Tasa de mortalidad por municipio, 2000



FUENTE: Scott, 2004. Construido con base en CONAPO, 2001.

la desnutrición para los deciles más pobres, pero difiere a medida que se incrementa el ingreso. Esto es consistente con el hecho de que el tamaño promedio de los municipios crece a medida que nos movemos de los más pobres a los más ricos, por lo que se subestima en mayor medida la desigualdad entre los deciles superiores.

*CUADRO II.10 Grupo prioritario de causas de mortalidad
en niños menores de cinco años de edad, 2004*

<i>Causa de muerte</i>	<i>Muertes ocurridas</i>	<i>Participación porcentual</i>	<i>Tasa x 1,000 nacidos vivos</i>
Dificultad respiratoria del recién nacido	5,894	12.3%	3.0
Infecciones respiratorias agudas bajas	4,029	8.4%	2.0
Accidentes (Lesiones no intencionales)	3,803	8.0%	1.9
Infecciones específicas del período perinatal	3,484	7.3%	1.8
Malformaciones congénitas del corazón	3,214	6.7%	1.6
Enfermedades infecciosas intestinales	2,111	4.4%	1.1
Hipoxia intrauterina y asfíxia del nacimiento	1,688	3.5%	0.9
Desórdenes relacionados con la gestación y desnutrición fetal	1,474	3.1%	0.7
Desnutrición calórico protéica	1,105	2.3%	0.6
Factores maternos y complicaciones del embarazo o parto	846	1.8%	0.4
Septicemia	818	1.7%	0.4
Desórdenes hemorrágicos y hematológicos del recién nacido	762	1.6%	0.4
Leucemia	287	0.6%	0.1
Otras	18,243	38.2%	9.2
Total	47,759	100.0%	24.1

FUENTE: Elaborado con base en las Estadísticas Vitales de Mortalidad, INEGI 2004, y en las Proyecciones de Población de México 2000-2050, CONAPO 2002.

CUADRO II.11. *Incidencia y distribución de desnutrición y mortalidad infantil (%)*

Deciles*	<i>Baja Talla (0-5 años)**</i>					
	<i>ENNVH 2002</i>		<i>ENN 1999</i>		<i>TMI</i>	
	<i>Incidencia</i>	<i>Distribución</i>	<i>Incidencia</i>	<i>Distribución</i>	<i>Incidencia</i>	<i>Distribución</i>
1	27.0	23.5	39.1	23.8	38.0	21.3
2	18.5	16.3	33.7	17.9	31.1	14.2
3	18.1	14.4	27.0	13.3	27.0	11.2
4	15.2	12.5	27.6	13.1	23.8	8.8
5	9.7	7.4	17.8	11.7	22.9	8.7
6	8.5	6.1	19.9	7.7	21.3	7.6
7	10.2	6.1	12.9	5.1	20.5	7.6
8	7.9	5.1	9.2	3.8	20.8	7.1
9	7.7	4.4	5.8	2.4	20.4	7.3
10	9.9	4.0	5.3	1.3	19.7	6.3
Media	14.2		17.7		24.5	
Coeficiente de concentración		-0.3254		-0.3871		-0.2078

*ENNVH: deciles poblacionales ordenados por gasto per cápita.

ENN: deciles de hogares ordenados por ingreso per capita imputado por medio de la ENIGH 2000.

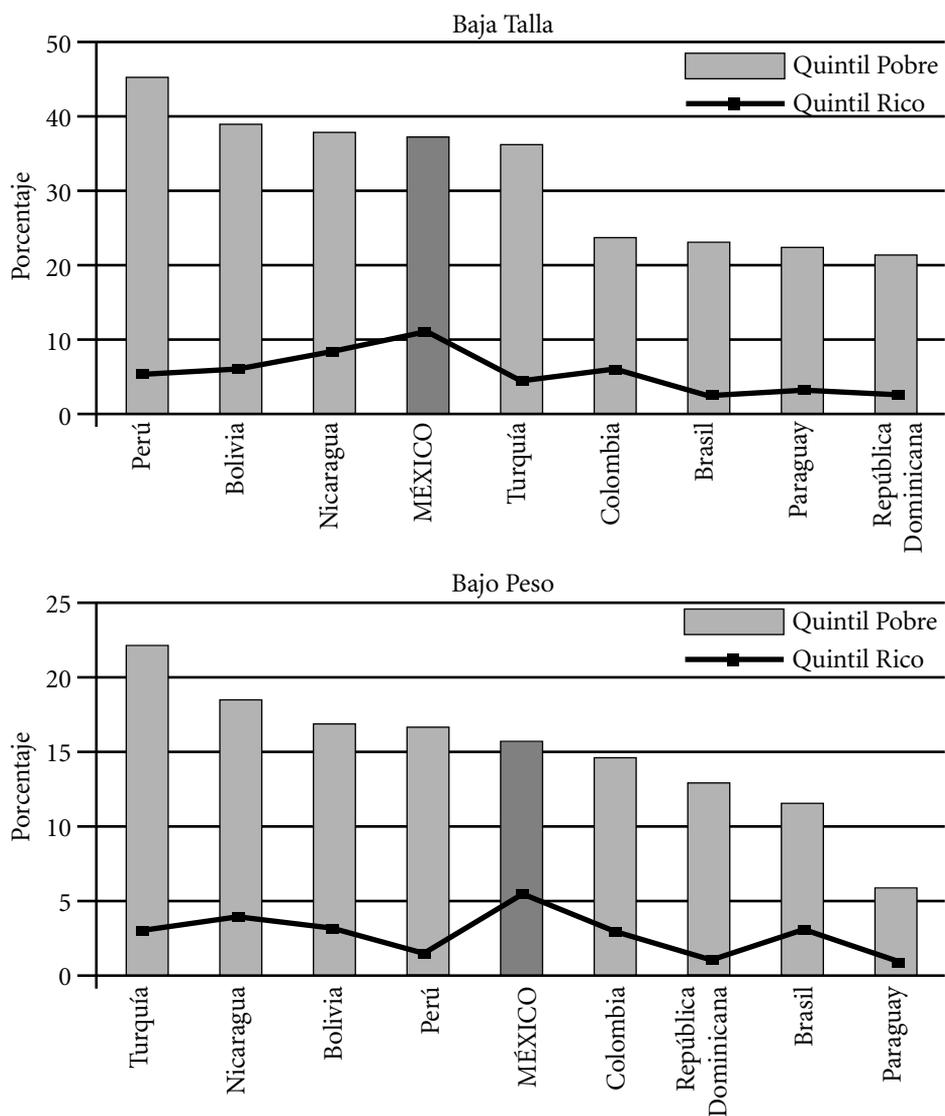
TMI: deciles poblacionales ordenados por nivel de marginación (índice de CONAPO)

**“Baja talla”: < 2 Z-scores.

FUENTE: Scott, 2004.

En la gráfica II.3 se presenta un comparativo internacional de la incidencia de estas variables en el quintil más pobre y el más rico. En el caso de México se observa una mayor incidencia, particularmente en el quintil más pobre, que en otros países latinoamericanos con un nivel de ingresos similar al del nuestro, como Colombia y Brasil.

GRÁFICA II.3. Incidencia de desnutrición en el quintil más pobre y más rico



NOTA: México: Estimación del autor usando la Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Otros: Banco Mundial <http://www.worldbank.org/poverty/health/index.htm> a partir de Demographic and Health Surveys (DHS)

FUENTE: Scott, 2004.

Los datos anteriores ilustran uno de los mensajes centrales del presente capítulo: en términos de indicadores básicos de salud, una de las características centrales de México es la existencia de brechas importantes, a pesar de que los promedios sean consistentes con el nivel de ingreso del país.

MÁS ALLÁ DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO:
LOS DESAFÍOS DE LA TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA.

Al igual que otros países de ingreso medio, México está atravesando por una transición epidemiológica: persisten enfermedades del rezago a la vez que surgen con gran ímpetu enfermedades crónicas, constituyéndose el fenómeno de la “doble carga”, pues hay que contender al unísono con ambos tipos de padecimientos. Entre las enfermedades crónicas, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial son las más representativas. Es importante señalar que este tipo de enfermedades imponen un reto en términos de la definición de indicadores y objetivos específicos. Enfermedades crónicas de esta naturaleza están asociadas a cambios en los niveles de ingreso y en la estructura demográfica, por lo que la evaluación de un objetivo factible y relevante no es trivial.

La diabetes mellitus ha presentado un gran crecimiento en los últimos años, ya que a finales de la década de 1970 era la cuarta causa de muerte en nuestro país y ahora es considerada la primera, provocando el 12% de todas las muertes en el país. Las tasas de mortalidad por diabetes son mayores en mujeres que en hombres (62.6 y 55.0 por 100,000 habitantes respectivamente). A nivel estatal la mayor tasa de mortalidad en ambos sexos se presenta en Guanajuato y la menor en Quintana Roo.⁶³

Se estima que de cada 100 diabéticos 39 desarrollan algún tipo de discapacidad como insuficiencia renal y ceguera.⁶⁴ Dada la gravedad de este problema, es necesario impulsar programas de diagnóstico oportuno, prevención y tratamiento de la enfermedad para poder revertir su crecimiento. Una de las principales acciones que pueden resultar útiles en su control es la contención de los factores condicionantes, entre los cuales el más importante es el sobrepeso.⁶⁵

⁶³ Véase Secretaría de Salud (2004b).

⁶⁴ Véase Bertozzi, 2004.

⁶⁵ La prevalencia de sobrepeso y obesidad tuvo un incremento dramático en los 11 años entre 1988 y 1999 según la Encuesta Nacional de Nutrición. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en 1988 fue de 24% y 9.4%, res-

Los malos hábitos de nutrición y la escasa actividad física son el primer paso para desarrollar obesidad, diabetes e hipertensión arterial.

La hipertensión arterial causó la muerte de 11,330 personas en el año 2003 y se mantiene una tendencia creciente.⁶⁶ Este padecimiento, conocido como el “asesino silencioso,” causó más muertes a nivel estatal en el año 2000 en el Estado de México (1,222) y menos muertes en Quintana Roo (14). En Baja California el 35.1% de las personas sufren esta enfermedad, mientras que sólo el 23.5% la padecen en el estado de Puebla, siendo 30.05% la media nacional. Estados como Chiapas y Oaxaca, que son de los más pobres, presentan una prevalencia de esta enfermedad muy baja, de 23.9% y 24% respectivamente. Es sorprendente que el Distrito Federal presenta un nivel muy bajo, de 26.3%.⁶⁷

En el panel A del cuadro II.12 se puede observar que los países desarrollados, que cuentan con un ingreso mayor y una población más envejecida, poseen tasas de mortalidad por enfermedades relacionadas con la hipertensión arterial, como son las enfermedades isquémicas del corazón y los accidentes cerebrovasculares, muy por encima de las que tiene México, mientras que la tasa de mortalidad por diabetes en México es considerablemente superior a la registrada en esos países.

Por otro lado, al comparar a México con otros países latinoamericanos, con una mayor similitud tanto de nivel de ingreso como de estructura demográfica, se puede apreciar que las tasas son más parecidas. En cuanto a la mortalidad causada por diabetes mellitus, destacan Perú y Guatemala como los menos afectados por este padecimiento, mientras que en el caso de enfermedades relacionadas con la hipertensión arterial sobresalen Uruguay y Colombia como los países con mayores tasas de mortalidad en la región. Uruguay y Brasil muestran las tasas de mortalidad más altas por enfermedades cerebrovasculares (véase cuadro II.12, panel B).

La situación de las enfermedades crónicas a nivel estatal se presenta en el cuadro II.13. Lo primero que se aprecia es el gran incremento que han tenido estas enfermedades a nivel nacional en los últimos doce años. Dicho crecimiento se puede explicar en gran medida por los cambios tanto en el nivel de ingreso como en la estructura demográfica. Sobre todo destaca el aumento en la morta-

pectivamente. Por lo tanto los incrementos fueron 10.3 puntos porcentuales para sobrepeso (un incremento de 41.3%) y 15 puntos porcentuales para obesidad (un incremento del 160%).

⁶⁶ Véase INEGI/SSA. CGPE, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño.

⁶⁷ Véase Secretaría de Salud (2002).

CUADRO II.12. *Tasas de mortalidad de enfermedades crónicas.
Comparación con países desarrollados y latinoamericanos*

<i>País</i>	<i>Tasa de Mortalidad Diabetes/1</i>	<i>Tasa de Mortalidad Enfermedades Isquémicas del corazón/1</i>	<i>Tasa de Mortalidad Enfermedades Cerebrovasculares/1</i>
México	52.3	45.9	25.2
<i>Panel A. Países desarrollados</i>			
Alemania	16.2	122.9	56.3
Canadá	22.7	137.5	50.9
Estados Unidos	24.9	180.1	58.6
Francia/2	11.9	49.4	39.0
Japón/3	6.1	33.4	61.1
Reino Unido	7.8	134.4	66.9
<i>Panel B. Países latinoamericanos</i>			
Argentina	25.7	59.9	65.7
Brasil/4	24.3	65.1	72.5
Colombia/4	18.7	71.4	44.8
Costa Rica	15.2	65.5	29.6
Chile	20.3	56.2	54.2
Guatemala/4	14.5	17.3	19.3
Perú/4	13.6	25.6	31.8
Rep. Dominicana	n.d.	n.d.	n.d.
Uruguay/4	20.7	107.9	118.7
Venezuela/4	22.0	65.2	34.2

FUENTE: Organización Panamericana de la Salud (<http://www.paho.org>), OCDE, 2004, World Health Organization Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int>)

/1 Defunciones por 100,000 habitantes.

/2 2001.

/3 2000.

/4 1997.

lidad por diabetes y enfermedades isquémicas del corazón. Parte de las diferencias entre los estados se explican por estas mismas razones; las entidades federativas con mayores tasas son las más envejecidas y las de mayores ingresos.

*CUADRO II.13 Tasa de mortalidad de enfermedades crónicas,
por entidad federativa*

Entidad federativa	<i>Hipertensión Arterial</i>					
	<i>Tasa de Mortalidad Diabetes/1 (CIE.10 E10-E14)</i>		<i>Tasa de Mortalidad Enfermedades Isquémicas del Corazón/1 (CIE.10 I20-I25)</i>		<i>Tasa de Mortalidad Enfermedades Cerebrovasculares/1 (CIE.10 I60-I69)</i>	
	1990	2003	1990	2003	1990	2003
Aguascalientes	30.9	54.9	29.7	34.5	21.8	24.4
Baja California	36.3	46.3	59.0	54.4	21.1	21.7
Baja California Sur	33.9	41.3	36.4	52.2	19.0	21.8
Campeche	19.6	43.7	26.8	43.7	17.7	19.2
Coahuila	46.7	77.0	46.9	63.2	22.8	28.2
Colima	30.0	48.2	35.7	56.9	25.6	25.3
Chiapas	11.9	32.7	17.3	27.9	12.8	17.5
Chihuahua	45.6	55.7	57.3	73.7	22.4	22.3
Distrito Federal	52.5	86.3	54.9	74.8	25.2	31.8
Durango	35.1	55.5	32.3	54.1	20.1	24.6
Guanajuato	29.8	62.8	28.2	45.7	22.8	26.6
Guerrero	14.1	38.0	14.1	28.8	13.5	21.4
Hidalgo	24.1	46.6	26.9	42.3	21.4	28.0
Jalisco	34.4	61.1	43.9	53.4	25.8	30.0
México	27.3	55.3	21.5	32.6	16.7	19.9
Michoacán	25.6	57.0	25.1	45.0	23.3	26.9
Morelos	28.6	55.6	31.4	44.8	22.9	22.3
Nayarit	29.0	48.1	40.2	49.5	23.8	26.3
Nuevo León	33.5	51.7	55.2	66.3	25.7	28.0

Oaxaca	16.2	44.7	19.4	32.0	17.8	25.1
Puebla	27.9	65.3	23.7	32.5	20.2	28.0
Querétaro	15.0	47.5	13.9	37.5	13.1	23.5
Quintana Roo	9.3	22.9	10.4	22.5	6.9	11.7
San Luis Potosí	26.2	51.3	33.2	48.3	24.5	27.3
Sinaloa	24.3	48.3	37.8	60.6	18.3	22.7
Sonora	33.2	55.7	62.8	78.6	21.1	26.3
Tabasco	16.8	50.5	26.9	37.1	19.2	24.2
Tamaulipas	40.1	60.5	53.1	60.3	25.6	23.3
Tlaxcala	31.5	59.2	22.0	23.7	23.1	21.9
Veracruz	27.0	59.7	29.9	53.5	23.9	33.6
Yucatán	28.2	53.0	47.1	71.1	26.2	38.6
Zacatecas	18.4	52.0	26.2	47.5	19.3	29.3
Nacional	30.2	56.7	34.6	48.7	21.2	25.8

FUENTE: Estadísticas vitales de las defunciones experiencia 1990-2003, INEGI.

/1 Defunciones por 100,000 habitantes. CIE.10 Es la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición.

LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO Y LAS REGIONES REZAGADAS: METAS A NIVEL SUBNACIONAL

La desigualdad en indicadores de salud en México se hace evidente cuando se utilizan medidas objetivas, como las tasas de mortalidad y las medidas antropométricas. El análisis comparativo sugiere que México es un país de desigualdad alta en los indicadores de salud más relevantes. En países en donde los niveles promedio de los indicadores de salud muestran que los Objetivos del Milenio son viables, es importante hacer énfasis en que los logros no deben basarse solamente en niveles agregados, sino que éstos deben ponderarse para reflejar los niveles correspondientes a aquellos lugares o grupos que se encuentran con mayor atraso. Sólo entonces los Objetivos serán capaces de reflejar su naturaleza profunda de mecanismos para reducir los rezagos y la desigualdad.

Cuando se piensa en mejorar los indicadores de salud de las zonas rezagadas, inmediatamente surge la preocupación de que puede llegar a ser demasiado

caro. En este sentido, vale la pena mencionar un caso destacado que muestra que los costos no tienen que ser inmanejables. Si bien existe una correlación alta entre el nivel de ingreso y los indicadores de salud en México, esta relación no siempre se presenta en otros países o regiones del mundo. Por ejemplo, el estado de Kerala en la India tiene un nivel de ingreso per cápita cercano a los 300 dólares, y en 1992 la tasa de mortalidad infantil era similar a la de países de ingreso más alto como Argentina y Uruguay. Además, la esperanza de vida (70 años) era mayor al promedio nacional de la India (59 años) y similar a la que reportaron en ese momento algunos países de ingreso medio, como México y Brasil. El éxito de Kerala en términos de salud se debe a los siguientes factores: una acción pública que promueve una provisión equitativa de los servicios de educación, salud y otros servicios básicos; una participación social exigente con el gobierno; la existencia de capital social que impulsa la expansión de los servicios de educación y salud; un gasto social per cápita mayor al promedio de otros estados y su distribución uniforme entre los diferentes grupos de ingreso. Es importante mencionar, sin embargo, que si bien no se requiere de muchos recursos para disminuir la mortalidad infantil, éste no es el caso para las enfermedades de los adultos.

III. ANÁLISIS DEL GASTO EN SALUD

UNA DE LAS MANERAS en que la falta de salud se constituye en un freno del desarrollo económico es a través del círculo vicioso que se presenta entre salud y pobreza, y que da lugar a las “trampas de pobreza”. Éstas ocurren cuando un hogar subinvierte en la salud y la nutrición de los niños porque enfrenta un riesgo a la salud que implica un gasto de tipo catastrófico o empobrecedor, o como consecuencia de un choque adverso agregado tal como una crisis económica o un desastre natural.⁶⁸ Por ello, las políticas públicas cumplen un papel clave en función de los servicios de salud disponibles, los incentivos para que las familias pobres utilicen los servicios de salud, sobre todo de manera preventiva, y la oferta de esquemas de aseguramiento y protección social que evitan el empobrecimiento transitorio y las trampas de pobreza. En la medida en que estos elementos no lleguen a los grupos más pobres, aumenta la probabilidad de tener hogares inmersos en trampas de pobreza y, en términos agregados, estas trampas tienen un costo en el desarrollo económico tanto a nivel de la familia o la localidad como del país en su conjunto.

El análisis de los rezagos y desigualdades observados en los indicadores de salud debe complementarse con un análisis de los factores que pudieran explicarlos. El análisis del gasto en salud debe ser ampliado en por lo menos cuatro dimensiones: el nivel, la composición, la distribución y la utilización de los recursos a través de los esquemas de aseguramiento público y privado. Es decir, es necesario analizar cuánto, quién, dónde y cómo se invierte en salud, como parte de la búsqueda de alternativas de política que permitan abatir los rezagos.

A partir de 1990, año en que inicia la implementación del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud, ha sido posible medir el monto y seguir los flujos de recursos destinados al sistema de salud tomando en cuenta

⁶⁸ La OMS indica que para un país en desarrollo como México, un gasto catastrófico en salud es aquél que representa más del 30% del ingreso disponible que destinan los hogares para tal fin (véase Torres y Knauth, 2003). Por gasto empobrecedor en salud se entiende aquél que por su impacto lleva o mantiene a una familia por debajo de la línea de pobreza alimentaria conforme a la definición utilizada por la Secretaría de Desarrollo (SEDESOL, 2003).

su origen y los diferentes fondos, instituciones o niveles de gobierno hacia los cuales se dirigen.⁶⁹ Esto ha permitido identificar que en México la inversión en salud es menor a la requerida o esperada para un país con el nivel de desarrollo y necesidades como el nuestro, y que los recursos se distribuyen entre la población de una manera inequitativa. También se ha podido constatar que la inversión no logra los objetivos de salud con el mayor grado de eficiencia distributiva; es decir, los recursos no se utilizan necesariamente en aquellas intervenciones que permiten obtener los mejores resultados en salud para la población en su conjunto.

La inversión en salud se define como el gasto que se destina a los bienes y servicios de salud, por lo que en primer lugar es necesario definir el ámbito de acción del sistema de salud. Puede decirse que la inversión en salud incluye el gasto en todas aquellas actividades cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, mantenimiento, mejoramiento y protección de la salud en un país o entidad federativa durante un periodo de tiempo definido. Estas actividades comprenden: la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; la curación de las patologías y la reducción de la mortalidad prematura; la provisión de cuidados a las personas con enfermedades crónicas o con deficiencias, incapacidades o discapacidades relacionadas con la salud; la provisión y administración de la salud pública; la gestión de programas de salud, seguros de salud y otros mecanismos de financiamiento, y la rectoría del sistema de salud.

La definición de las fronteras del sistema de salud es un tema complejo. Murray y Frenk (2000) definen el concepto de “acción de salud” como cualquier conjunto de actividades cuya intención primordial es mejorar o mantener la salud. Este criterio de primera intencionalidad lleva a una definición amplia del sistema de salud, y aún bajo esta definición se identifican acciones que permanecen en una zona gris, como por ejemplo: programas de agua potable y programas de suplementos alimenticios. En este último caso, la pregunta relevante es: ¿cuál es el objetivo principal de estos programas: mejorar la salud al prevenir la desnutrición o revertir la inequidad en el ingreso? En casos ambiguos, particularmente asociados a temas de sanidad básica y nutrición, se requiere de una

⁶⁹ El análisis financiero de los sistemas de salud se sustenta en el trabajo realizado a nivel internacional en materia de Cuentas Nacionales de Salud. El consenso de diversos organismos internacionales como la OMS y la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) en torno a la definición y medición de la inversión en salud bajo criterios que permitan la comparabilidad a nivel internacional es congruente con la definición de los límites del sistema de salud que se describe posteriormente.

decisión más arbitraria que permita definir a los sistemas de salud consistentemente. En ese sentido, es posible hacer una diferenciación entre “políticas de salud” y “políticas saludables”. Las primeras tienen como objetivo primordial mejorar la salud. Las segundas, aunque su objetivo central no es mejorar la salud, tienen un impacto positivo en la salud de la población.

Para efectos de este capítulo no se considera la inversión efectuada en otros sectores que tiene un impacto en las condiciones generales de servicios básicos de la comunidad y los hogares como es la inversión en agua entubada, el gasto en protección del medio ambiente o la urbanización. Sin embargo, es importante mencionar que bajo una concepción amplia la inversión sucede tanto fuera como dentro del sistema de salud. Fuera del sistema de salud, las actividades de inversión más importantes incluyen la alimentación, la infraestructura sanitaria y de agua potable, y la vivienda. Respecto de la alimentación, resulta fundamental encontrar los mecanismos para que se provean los elementos de la pirámide alimenticia en forma accesible a la población en general, y para que se suministren en la forma más adecuada los micronutrientes esenciales junto con los alimentos básicos. Respecto de la infraestructura sanitaria y de agua potable, sus deficiencias son responsables de una parte importante de la carga de enfermedad, por lo cual deben atenderse en la medida correspondiente. Asimismo, es indudable que la calidad de la vivienda contribuye a la salud. Elevar la productividad del sector de infraestructura básica en materia sanitaria y de vivienda y mejorar el acceso al mismo, no solamente constituye una inversión indirecta en salud y capital humano sino que, mejorando la provisión de bienes no comerciables, hace más competitivo al país. Por otra parte, en el sentido conferido en este capítulo, la inversión en salud se refiere a los recursos canalizados por las diferentes instituciones y dependencias públicas del sector salud a través de los diferentes órdenes de gobierno (federal, estatal o municipal), así como el gasto directo de los hogares (incluyendo tanto la compra de seguros privados —pre-pago— como el pago directo por servicios de salud —gasto de bolsillo).⁷⁰

En este capítulo el análisis de la inversión en salud se aborda desde tres perspectivas diferentes. En primer lugar se realiza un ejercicio comparativo a nivel histórico e internacional, a fin de observar la evolución del gasto en salud en México en el contexto de la inversión realizada por países con el mismo nivel de desarrollo. En segundo término, se genera un análisis de la composición de

⁷⁰ Véase Secretaría de Salud (2004a), OECD Health Data (2004) y Murray y Frenk (2000).

la inversión en salud, utilizando las relaciones público-privado y prepago-gasto de bolsillo, y se discute el grado de eficiencia distributiva de la inversión, es decir, cómo es asignado y utilizado el dinero destinado para el sector. Asimismo, se analiza la forma en que se distribuyen los recursos, teniendo en cuenta tres parámetros: la distribución por decil de ingreso, la distribución entre instituciones del sector público y la distribución geográfica. En tercer lugar, a la luz de las metas planteadas en el capítulo II en torno a la reducción de brechas en algunos indicadores de salud entre las entidades federativas más ricas y las más pobres, se presentan los resultados preliminares de un ejercicio de estimación de los recursos requeridos para abatir tales brechas en un plazo incluso menor al propuesto para los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

NIVELES DE GASTO EN SALUD

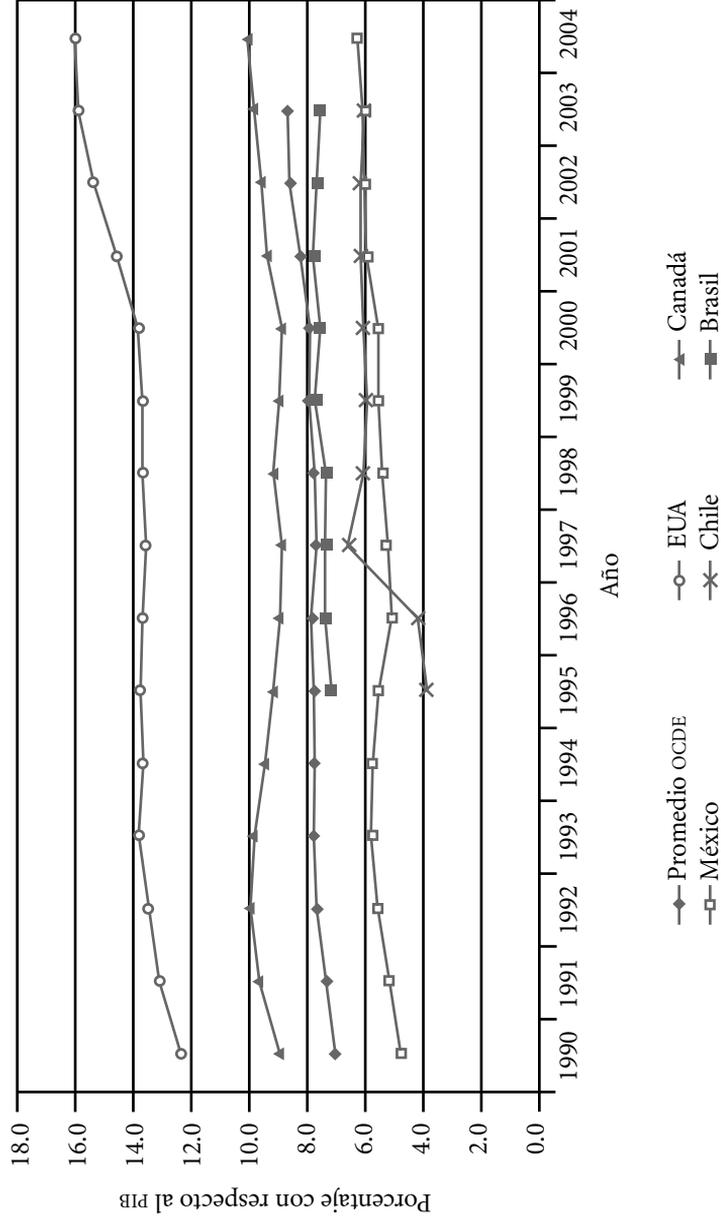
Los recursos que cada país destina a los diferentes sectores de la economía pueden ser un indicador tanto de sus necesidades como de sus prioridades. De este modo, el monto de los recursos destinados al sector salud como porcentaje del PIB puede servir como herramienta para identificar la importancia y el tamaño relativos de este sector en países diferentes, así como para entender la prioridad que cada gobierno y sociedad conceden a dicho sector.

En México la evolución del gasto en salud como porcentaje del PIB se ha mantenido relativamente constante durante los últimos doce años, en niveles inferiores al 6%, a excepción de los montos reportados en 2002 y 2003, que fueron de 6.1% (véase gráfica III.1).

Después de un descenso significativo en el gasto en salud entre 1994 y 1996, el gasto en salud como porcentaje del PIB se ha recuperado ligeramente, en parte debido a una mayor participación del gasto público en el gasto total. Sin embargo, este incremento no ha sido suficiente para colocarnos en el nivel de inversión esperado dado el grado de desarrollo de la economía mexicana.

La inversión en salud que México realizó en el año 2004 es menor al promedio latinoamericano (6.5% durante 2003) y es relativamente baja si se le compara con el nivel de inversión correspondiente a 2003 en otros países con un nivel de ingresos semejante: Costa Rica (7.3%), Brasil (7.6%) y Uruguay (9.8%), y con los registrados en promedio para los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) de 8.7%. En Canadá, por ejemplo,

GRÁFICA III.1. Evolución del gasto en salud como porcentaje del PIB, 1990-2004



FUENTE: Organización Mundial de la Salud, Informe Mundial de la Salud, 2006. OMS: Ginebra. Informe Salud: México 2004, Secretaría de Salud. Canadian Institute for Health, 2005. OCDE Health Data, 2005 y US Department of Health and Human Services, 2005.

el gasto total en salud ascendió a 10.1% en 2004 del PIB, y en Estados Unidos representó el 16.0% en 2004.⁷¹

Como se observa en la gráfica III.2, existe una relación positiva entre el ingreso per cápita y la participación del gasto en salud en el ingreso total; es decir, que a mayor ingreso per cápita, mayor es el gasto en salud como porcentaje del ingreso nacional. Si bien, debido a factores asociados a la estructura de los sistemas de salud o al perfil epidemiológico de la población, algunos países con menor ingreso que el de México invierten más en salud, como Colombia (7.3%), y otros países con un alto nivel de ingreso gastan relativamente poco, como Corea del Sur (5.6%) y Singapur (4.5%). Por lo anteriormente expuesto, se puede afirmar que, en términos relativos, México subinvierte en salud con respecto a su nivel de riqueza.⁷²

No existe un parámetro universal en cuanto al monto óptimo de inversión en salud, y los países enfrentan la disyuntiva entre invertir más en este rubro y al mismo tiempo evitar que sus sistemas de salud representen un costo excesivo para la sociedad. La valoración de qué tan positivo o negativo es el hecho de que México presente un nivel de inversión inferior al que correspondería dado su nivel de ingreso, requiere de un análisis más detallado de los resultados en salud que se obtienen por cada peso invertido. Por otra parte, independientemente del monto de recursos invertidos en salud y el retorno obtenido, un elemento igualmente relevante es la forma en que se financia esa inversión.

Otro hecho innegable es que el sistema se sustenta de forma importante en el financiamiento privado, principalmente a través del pago directo de los hogares, lo cual tiene implicaciones relevantes sobre la equidad en el financiamiento y la eficiencia distributiva del gasto en salud.

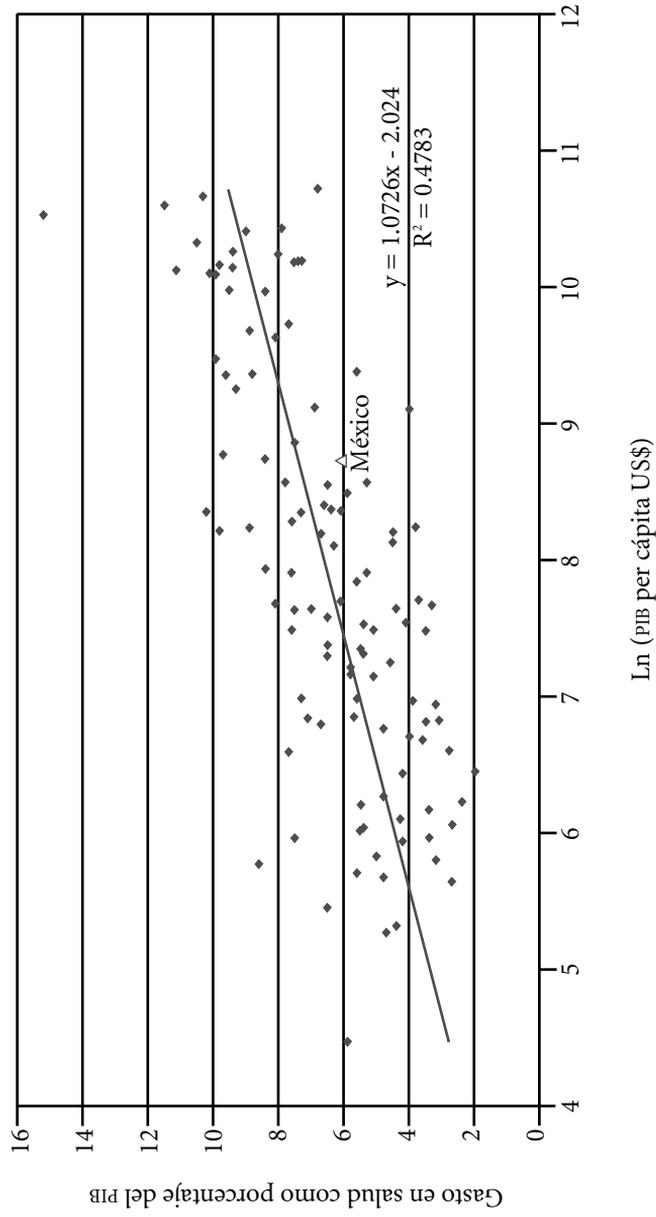
COMPOSICIÓN DEL GASTO EN SALUD

Los recursos para la inversión en el sector salud provienen de tres fuentes: a) recursos públicos, que comprenden los presupuestos gubernamentales, tanto federal como estatales, y las contribuciones gubernamentales a la seguridad social; b) el gasto privado de las empresas hacia la seguridad social y hacia los

⁷¹ Véase OMS (2005) US Department of Health and Human Services (2005), Canadian Institute for Health (2005) y OECD Health Data (2005).

⁷² Véase OMS (2005).

GRÁFICA III.2. Relación entre gasto en salud y PIB per cápita, 2003



NOTA: El PIB per cápita (US) se aproximó con el Ingreso Nacional Bruto, Banco Mundial, 2003. Ln es el logaritmo natural.
Fuente: Elaborado con base en estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, Informe Mundial de la Salud, 2006.
OMS: Ginebra.

seguros médicos privados, y c) el gasto privado que realizan de manera directa los hogares, ya sea a través del prepago o del gasto de bolsillo.

Los fondos públicos comprenden aquellos recursos que ingresan mediante el cobro de impuestos generales (Impuesto al Valor Agregado, IVA e Impuesto sobre la Renta, ISR), ingresos derivados del petróleo y otros impuestos e ingresos gubernamentales. El gasto público en salud se compone de la siguiente manera: aportaciones del gobierno federal a las instituciones de seguridad social; asignaciones presupuestales del gobierno federal a la Secretaría de Salud; recursos propios de las entidades federativas transferidos a los servicios estatales de salud, y las contribuciones a la seguridad social, que ingresan como fuente de financiamiento a través de impuestos a la nómina y en donde participan tanto los patrones como los trabajadores.⁷³

Por su parte, el gasto privado en salud se divide en prepago y gasto de bolsillo. Mediante el prepago se financian esquemas privados de colectividad de riesgos, ofrecidos por las compañías aseguradoras y los fondos mutualistas o algún otro tipo de asociación especializada en la diversificación de riesgos. Estos esquemas ayudan a cubrir de manera anticipada los gastos de atención médica en caso de enfermedad; sin embargo, en México este tipo de aseguramiento es muy bajo, de alrededor del 3%. En el gasto de bolsillo los recursos no pasan por un intermediario que diversifique riesgos y mejore la eficiencia distributiva al asignar los recursos a las intervenciones de salud más costo-efectivas, o que maximice la salud de la población en su conjunto.

La mayoría de los debates sobre políticas de financiamiento de los sistemas de salud se han centrado en torno a las repercusiones que puede tener el financiamiento público en comparación con el privado, y en el desempeño del sistema en términos de garantizar la protección financiera de la población y promover un financiamiento más equitativo. Si bien es claro el papel fundamental del financiamiento público en materia de protección contra riesgos personales, cuando se trata de la atención médica la dicotomía público-privado no es lo más importante para determinar el desempeño del sistema de

⁷³ El gasto público total en México está compuesto por el gasto programable y el gasto no programable. El primero incluye las erogaciones de las dependencias gubernamentales con fines de inversión, prestaciones de servicios y producción de bienes. El gasto no programable es aquel que se destina al cumplimiento de ciertas obligaciones generalmente establecidas por ley, como el pago de la deuda. En 2003 el 16% del gasto público total se destinó a salud, considerando como gasto público total solamente el gasto programable; esta cifra es 4% mayor que la reportada para 2002.

salud, sino la diferencia entre el prepago y el gasto de bolsillo del usuario aunque ambos indicadores brindan información sobre la poca justicia social con que se financia.

La segunda diferencia importante consiste en pagos efectuados directamente por el usuario, o en contribuciones a fondos comunes pequeños, voluntarios y que suelen estar sumamente atomizados. En cambio, el financiamiento público o el prepago privado obligatorio (derivados del cobro de impuestos generales o de contribuciones a la seguridad social) siempre está asociado a pagos anticipados y fondos comunes de gran tamaño, además de establecerse de acuerdo al ingreso de los contribuyentes. Cuando dicho financiamiento se canaliza principalmente a través del gasto de bolsillo y no mediante mecanismos de prepago o aseguramiento, la composición resultante del gasto privado es inequitativa: expone a las familias a gastos catastróficos y limita la eficiencia distributiva.

Cuando el gasto público es insuficiente, la población tiende a recurrir al gasto privado a fin de cubrir sus necesidades de atención médica. El financiamiento privado de los servicios no es necesariamente una característica negativa de un sistema de salud; sin embargo, cuando dicho financiamiento se canaliza principalmente a través del gasto de bolsillo y no mediante mecanismos de prepago o aseguramiento, la composición resultante del gasto privado es nuevamente inequitativa.

El financiamiento de la atención médica a través del gasto de bolsillo es contrario a la equidad en dos formas: en primer lugar, expone a las familias a gastos imprevistos y onerosos para cubrir los costos inesperados de la atención médica, que deben ser pagados al momento de utilizar los servicios y sin consideración alguna de la capacidad de pago; en segundo lugar, puede imponer pagos regresivos, es decir que las personas que menos pueden contribuir pagan proporcionalmente más que las personas de alto ingreso.⁷⁴

Un principio básico de justicia financiera en salud es que los individuos deben aportar de acuerdo a su capacidad de pago y recibir atención médica en función de sus necesidades de salud. Por ello, el gasto de bolsillo rompe con la solidaridad financiera, ya que no permite que las personas enfermas y las de escasos ingresos se beneficien de las contribuciones de las personas sanas y de las de mayores recursos. Además, al realizarse de manera atomizada y no anticipada, el gasto de bolsillo impide la mancomunación y diversificación de riesgos.

⁷⁴Véase OMS (2000).

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

Por estas razones, un sistema de pago anticipado y más progresivo propicia una mayor equidad en el financiamiento de la atención de la salud. En este sentido, el gasto de bolsillo debería representar una parte pequeña, no sólo de la inversión total en salud, sino también en relación con la capacidad de pago de las familias. Incluso el pago anticipado, estrechamente relacionado con el riesgo *ex-ante*, es preferible al gasto de bolsillo del usuario, ya que es más previsible y puede justificarse en la medida en que los riesgos estén bajo el control de una persona. Lo ideal es desvincular la contribución de una familia al sistema de salud, de los riesgos de salud que corre y definir el acceso al sistema de tal manera que el uso de los servicios no dependa del monto de la contribución realizada.

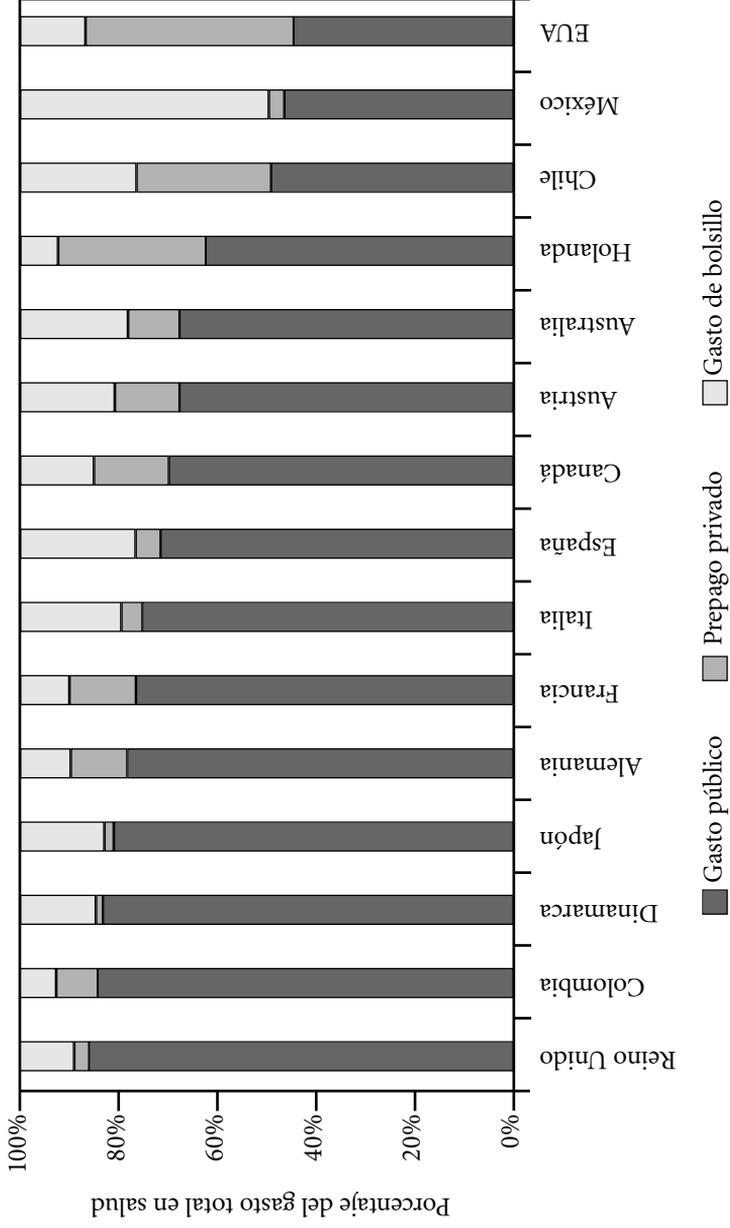
La gráfica III.3 muestra que en el caso de México, en 2003, la participación de los recursos públicos representó el 46.4% del gasto total en salud, mientras que el prepago privado y el gasto de bolsillo representaron el 3.1% y el 50.5% respectivamente. No sólo se observa una menor participación del gasto público en relación a otros países, sino que más del 90% del gasto privado en salud es gasto de bolsillo, que además de estar atomizado, no está sujeto a prácticamente ningún tipo de regulación.⁷⁵ Sólo un pequeño porcentaje del gasto privado en salud (5.8%) se canaliza a través de seguros médicos privados. Dado que el gasto de la seguridad social representa 29.4% del gasto total en salud, el país está desaprovechando la posibilidad de mancomunar riesgos y con ello contribuir con aproximadamente 67.3% del gasto a una mayor equidad en el financiamiento y a una inversión en salud más eficiente desde el punto de vista de la asignación de los recursos.⁷⁶

La evidencia internacional indica que los países con mayor nivel de ingreso privilegian el gasto público en salud sobre el gasto privado. En términos

⁷⁵ Vale la pena mencionar que tanto México como EE.UU. presentan los menores porcentajes de gasto público con respecto al gasto total en salud con respecto a los demás países miembros de la OCDE. Sin embargo es importante precisar que en el caso de EE.UU. —y a diferencia del caso mexicano— la participación del gasto de bolsillo representa menos del 20% del gasto total en salud, toda vez que el sistema se financia de manera importante a través del aseguramiento privado.

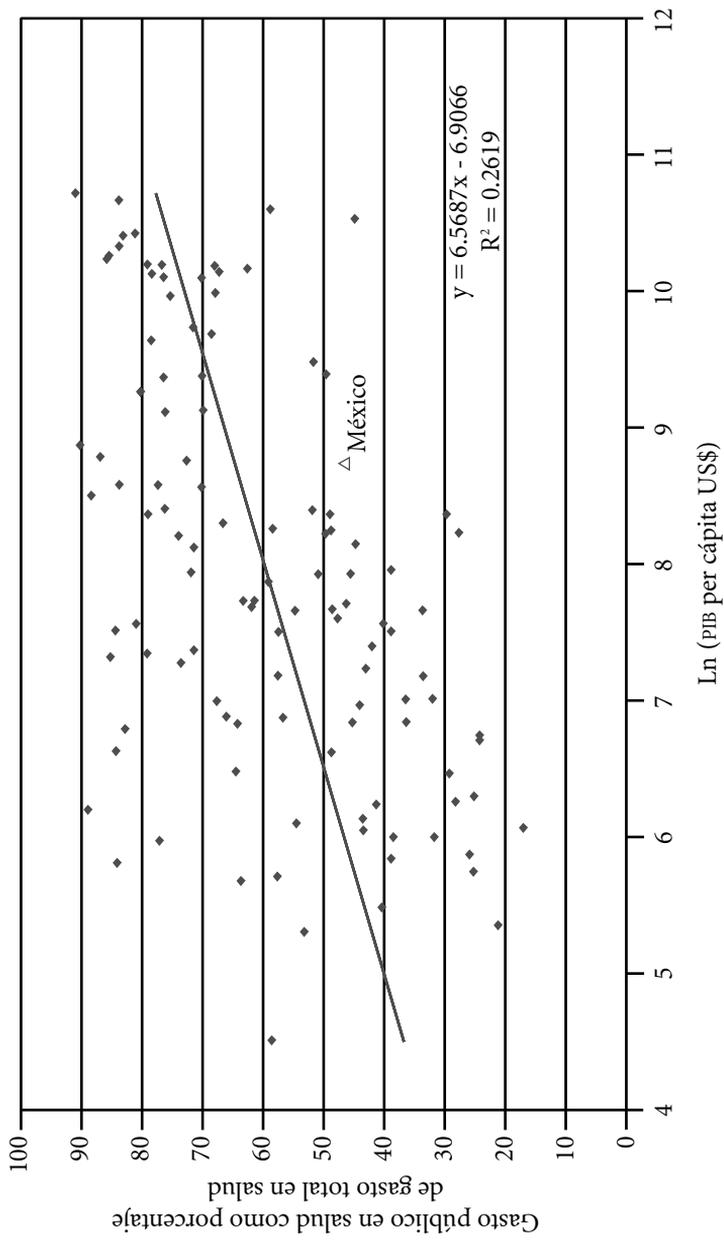
⁷⁶ Véase Secretaría de Salud (2004b).

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



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

GRÁFICA III.4. Relación entre gasto público en salud como porcentaje del gasto total y PIB per cápita, 2003



NOTA: El PIB per cápita (US) se aproximó con el Ingreso Nacional Bruto, Banco Mundial, 2003. Ln es el logaritmo natural
 FUENTE: Elaborado con base en estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, Informe Mundial de la Salud, 2006. OMS: Ginebra.

generales, conforme aumenta la riqueza de los países el sector público tiene una participación cada vez más importante en el financiamiento de la salud (véase gráfica III.4).

En México la participación del gasto público en salud es menor a aquella que se esperaría de acuerdo a su grado de desarrollo. Como se mencionó anteriormente, el gasto público representa 46.4% del gasto total en salud, mientras que países latinoamericanos con ingresos similares o incluso inferiores al nuestro, como Chile y Honduras, tienen una mayor participación del gasto público (48.8% y 56.5%, respectivamente). Con respecto al PIB, el gasto público en México representó el 2.9% en el año 2004. En los países de Europa occidental este porcentaje varía entre 5.0% y 8.7%; en Canadá ascendió a 6.9% y en Estados Unidos representó el 6.8% del PIB en 2003.⁷⁷

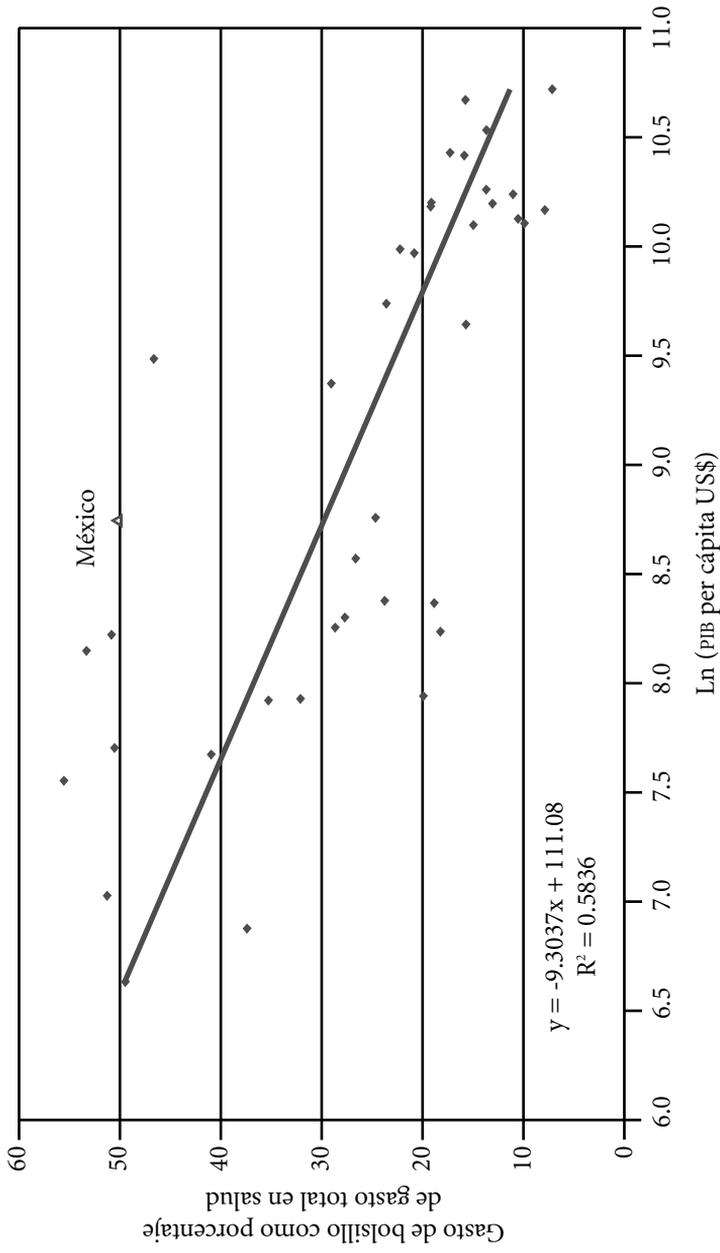
Como se ha mencionado, uno de los principales objetivos de un sistema de salud moderno es garantizar la equidad a través de esquemas de financiamiento justos que protejan a toda la población contra gastos excesivos por motivos de salud —particularmente contra riesgos que pudieran generar una trampa de pobreza— y que promuevan una mayor igualdad en el acceso a los servicios y en las oportunidades para mejorar las condiciones de salud.⁷⁸ En este sentido el sistema mexicano presenta un desempeño inadecuado. Una alta proporción de las personas no cuenta con cobertura de seguridad social, el gasto de bolsillo representa más de la mitad del gasto total en salud y, por lo mismo, un alto porcentaje de los hogares mexicanos corre el riesgo de incurrir en gastos catastróficos y empobrecerse para acceder a la atención médica que requieren. Esto se refleja en un estudio comparativo internacional publicado por la OMS en el año 2000, donde se estableció que el problema más crítico de México a finales del milenio, al ocupar el lugar número 144 de entre 189 países, fue el de la “equidad en la contribución financiera”.

La participación del gasto de bolsillo reportada para México es de las más altas en comparación con otros países de ingresos medios, y muy superior a la de muchos países desarrollados. De hecho, tal como se muestra en la gráfica III.5, un análisis más detallado lleva a concluir que generalmente en aquellos países

⁷⁷ Véase OMS (2006).

⁷⁸ Una mayor igualdad en el acceso a servicios de salud comprende tanto la dimensión horizontal de la equidad en el acceso, es decir, que quienes tienen las mismas necesidades de salud tengan el mismo acceso a los servicios, como la dimensión vertical, en la que el acceso difiere entre las personas en la medida en que sus necesidades de salud son diferentes.

GRÁFICA III.5. Relación entre el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto en salud y el PIB per cápita, 2003



NOTA: El PIB per cápita (US) se aproximó con el Ingreso Nacional Bruto, Banco Mundial, 2003. Ln es el logaritmo natural.
 FUENTE: Elaborado con base en estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, Informe Mundial de la Salud, 2006. OMS: Ginebra.

con un nivel de desarrollo mayor, la participación del gasto de bolsillo disminuye.⁷⁹ En estos países el aseguramiento y el prepago de los gastos de salud es más generalizado.

El gasto de bolsillo tiende a ser mayor, como porcentaje del ingreso total familiar, en los hogares más pobres. Según la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) de 2004, si bien el gasto de bolsillo promedio por familia es mayor en términos absolutos conforme aumenta el ingreso, la población mexicana ubicada en el decil más bajo de ingresos dedica a la atención de su salud, en pagos directos, alrededor de 8.5%, mientras que los hogares del decil de mayores ingresos dedican el 2.6%.⁸⁰ El hecho de que la naturaleza de la enfermedad no está necesariamente vinculada con el nivel de ingreso explica en gran medida por qué los pobres tienen un mayor gasto de bolsillo en salud como porcentaje de su ingreso.

En síntesis, el papel que juega el financiamiento privado en un sistema de salud no es negativo en sí mismo; en el caso mexicano el problema radica en que la mayor parte de este financiamiento se realiza mediante gasto de bolsillo, el cual rompe con criterios de equidad en el financiamiento en tanto se realiza al momento conforme las necesidades de salud de la población y sin tomar en cuenta la capacidad de pago de los hogares.

Considerando el desequilibrio mostrado en la composición de la inversión en salud de acuerdo a sus fuentes de financiamiento, sería deseable aumentar la participación del gasto público de acuerdo al nivel de desarrollo del país, alcanzando entre el 60% y 70%, conforme lo muestra la gráfica III.4. Canalizar estos recursos al sistema mediante esquemas de aseguramiento en salud o prepago que reduzcan la participación del gasto de bolsillo, permitiría modificar positivamente la composición de las fuentes de financiamiento, así como incrementar en 1.0% el nivel de inversión en salud. Esto constituiría un paso fundamental para promover una mayor protección social en salud y una mayor equidad en el financiamiento, y para fomentar una asignación de recursos más eficiente desde el punto de vista distributivo.

⁷⁹ El análisis incluye un cálculo de tendencia y ciertas medidas de dispersión.

⁸⁰ Estimaciones realizadas con base en la ENIGH 2004.

EFICIENCIA DISTRIBUTIVA DEL GASTO EN SALUD

Hasta ahora se han analizado las implicaciones del nivel de inversión en salud y la composición por fuentes de financiamiento observadas para el caso de México. Un tercer aspecto que es fundamental para este análisis es la eficiencia distributiva del gasto, ya que no todo el gasto en salud logra los mismos resultados. Un sistema de salud debe decidir sobre qué intervenciones, qué tipo de atención médica y qué bienes públicos deben ser favorecidos por la inversión. En qué se utiliza el gasto determina en gran medida el grado de eficiencia distributiva en el sector y por tanto su potencial para traducirse efectivamente en mejores condiciones de salud para la población, y con ello contribuir al desarrollo económico.

Por eficiencia distributiva se entiende destinar los recursos para financiar aquellas intervenciones que permiten obtener los mayores beneficios en salud para la población en su conjunto. Es decir, significa orientar el gasto al financiamiento de aquellas acciones que han probado ser más costo-efectivas y que a la vez permiten abatir los problemas de salud que representan una mayor carga de la enfermedad para la sociedad.⁸¹ Qué problemas de salud se decida enfrentar de manera prioritaria y mediante qué intervenciones, depende de cuáles son las necesidades de salud y cuál la carga que cada tipo de problema representa para la sociedad en su conjunto.⁸²

En un mercado de servicios de salud que cumpliera con todos los supuestos de un modelo de competencia perfecta, se podría asumir que la inversión se canalizaría a aquellas intervenciones y servicios que generan mayores ganancias en salud para la población. Una situación así sería óptima al reflejar lo que la población demanda y lo que está dispuesta a pagar dadas sus preferencias y la distribución del ingreso. Sin embargo, las imperfecciones que caracterizan el mercado de servicios de salud —incertidumbre, información

⁸¹ La eficiencia distributiva se refiere, como señalan algunos autores, a “hacer las cosas que son correctas” o “producir la mezcla ideal de bienes y servicios”, mientras que la eficiencia técnica se refiere a “hacer las cosas correctamente”, es decir, la forma en que se produce un determinada intervención, considerando la combinación de insumos que permite generarla al menor costo (véase Liu, 2003). El análisis de la eficiencia técnica no se aborda en esta discusión.

⁸² Esto suele medirse con indicadores como los años de vida perdidos por enfermedad (entre otros que incluyen además del impacto de la enfermedad sobre la mortalidad, ajustes por las mermas en la calidad de vida y por discapacidad), que permiten cuantificar los beneficios que se lograrían al combatir determinado problema de salud; una de las ventajas de utilizar este tipo de indicadores es que permite comparar entre problemas de salud diferentes mediante el uso de un mismo numerario.

incompleta y asimétrica, externalidades y bienes públicos— no permiten que la eficiencia distributiva se logre a través de los mecanismos tradicionales de oferta y demanda.

Por un lado existen necesidades de salud que no son percibidas por la población y por tanto no se traducen en una demanda de servicios. Por otro lado, aun cuando se trate de una demanda percibida, si ésta se asocia con la provisión de un bien público o que genera externalidades, los individuos difícilmente integrarán en su demanda la disposición a pagar los costos totales de generar el bien. Ejemplo de ello son las campañas de vacunación universal y las medidas de vigilancia sanitaria. Asimismo, pueden demandar, ya sea de *motu proprio* o de manera inducida, servicios para los cuales hay poca necesidad o ninguna, como lo evidencia la práctica frecuentemente innecesaria del parto por cesárea. Además de la dificultad en valorar las necesidades de salud, la población carece de la información suficiente para juzgar la calidad de los servicios. Finalmente, muchas necesidades no se traducen en una demanda efectiva de servicios de salud, ya que los hogares no cuentan con los recursos para financiarlos mediante gasto de bolsillo, o bien no pueden acceder a esquemas de aseguramiento en salud.⁸³

Existe evidencia de que invertir en prevención y atención primaria mejoraría la eficiencia distributiva de los sistemas de salud, al ser intervenciones altamente costo-efectivas que incluso permiten el ahorro de recursos cuando evitan el uso de intervenciones más costosas o de mayor complejidad, como es el caso de algunos servicios hospitalarios. Estimaciones recientes indican, por ejemplo, que la aplicación de la vacuna contra el neumococo permitiría reducir entre un 50% y un 70% el número de meningitis, neumonías y otitis media en menores de un año, y en cerca del 30% el número de defunciones provocadas por este

⁸³ Una manera de explicar la demanda por servicios es la utilización que se hace de ellos, sin embargo, ésta no es un reflejo perfecto de la demanda, habría que hacer la siguiente diferencia entre los tipos de demanda por servicios de salud :

1. Demanda efectiva: es la que se realiza en el mercado, es decir, tras una necesidad manifiesta el individuo accede al sistema de salud según su restricción presupuestaria para asumir una tarifa de acceso y la disponibilidad de infraestructura y utilizarla según su grado de necesidad y grado de aversión al riesgo (esta categoría es análoga a utilización).

2. Demanda potencial: es un tipo de demanda subyacente, donde el individuo detecta una necesidad, pero no logra tener acceso al sistema de salud, sea porque no puede cubrir una tarifa o porque no hay disponibilidad de infraestructura.

3. Demanda reprimida: depende de la percepción de los individuos respecto a su estado de salud, puede ser elevada dado que obedece a la subvaluación del informe de enfermedad por parte de los individuos.

agente causal. Similarmente, el uso de la vacuna contra neumococo e influenza en personas de 60 años y más podría significar una reducción del 30% en el número de infecciones respiratorias agudas. En ambos casos esto significaría un ahorro importante en los costos de la atención médica, toda vez que el costo de las vacunas es inferior al costo de la atención médica que suelen requerir estos padecimientos.⁸⁴

La evidencia internacional indica que no hay un mecanismo claro para lograr las transferencias de recursos deseadas entre estos rubros (prevención y atención primaria) y el resto de las intervenciones que se realizan en el sistema de salud.⁸⁵ Por ejemplo, un paquete esencial de intervenciones costo-efectivas permite eliminar cerca de 30% de la carga de la enfermedad, medida como años perdidos por discapacidad, a un bajo costo. Sin embargo, en muchos países de ingresos medios y bajos, incluyendo a México, no se ha logrado instrumentar cabalmente este tipo de paquetes; dichas intervenciones están subfinanciadas y la asignación de recursos está sesgada a servicios hospitalarios menos costo-efectivos.⁸⁶

La asignación por rubros de la inversión en salud no necesariamente permite explotar al máximo los beneficios de las intervenciones preventivas. Esto implica que no se destinan los recursos existentes a aquellos rubros de gasto que generan los mayores retornos. Por ejemplo, solamente el 29% de la población utilizó al menos un servicio de salud preventivo en el año 2000, de acuerdo a lo reportado por la ENSA de ese año. Casi todos los niños menores de cinco años de edad reciben servicios de vacunación, pero sólo uno de cada cinco recibe servicios de revisión del crecimiento y desarrollo. Durante el mismo 2000, menos de la tercera parte de la población adulta mayor de 40 años de edad recibió servicios preventivos para algunos padecimientos crónico-degenerativos, tales como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus.⁸⁷ En el caso de la atención prenatal

⁸⁴ Estimaciones realizadas por la Secretaría de Salud. Cabe mencionar que en congruencia con el objetivo de promover una mayor eficiencia distributiva, recientemente se incorporó como parte del esquema universal de vacunación el uso de la vacuna contra neumococo en niños menores de un año.

⁸⁵ Entre algunas de las dificultades vinculadas con la promoción de una mayor eficiencia distributiva cabe mencionar las dificultades inherentes a la organización de la prestación de servicios que limitan la transferencia de recursos entre niveles de atención.

⁸⁶ Véase Liu (2003) y Banco Mundial (1993).

⁸⁷ La información disponible no permite identificar si la población que no utiliza servicios preventivos lo hace por falta de acceso a los servicios, por falta de información o por los costos monetarios y no monetarios de obtener la atención médica. Sin embargo, la cobertura parece ser considerablemente mayor en servicios preventivos como la vacunación contra padecimientos infecciosos, que en el caso de los padecimientos crónico-degenerativos.

existe una atención preventiva tardía. En 2002, entre las mujeres embarazadas atendidas en unidades hospitalarias del sector público, sólo el 35% recibieron su primera consulta durante el primer trimestre del embarazo, mientras que el 33% la recibió en el segundo trimestre y el 31% hasta el último trimestre.⁸⁸

Por otra parte, el gasto público se caracteriza por presentar una mayor concentración en la atención curativa, sobre todo en la de especialidad. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) los hospitales de segundo y tercer niveles absorben cerca del 75% del presupuesto de la institución. En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) esta cifra es de 69%.⁸⁹

Otro ejemplo mediante el cual se evidencia la ineficiencia distributiva que caracteriza la inversión en salud, se refiere a la utilización de servicios de alto costo en situaciones innecesarias, como son las intervenciones de cesárea. En el caso de México, el 39% de los partos registrados en el país durante el año 2002 se realizaron por operación cesárea, una cifra considerablemente alta al compararla con el 15% recomendado como aceptable por la OMS. Vale la pena mencionar que la cifra correspondiente a México incluye el registro de cesáreas efectuadas tanto en los hospitales públicos como en los privados. La proporción de partos realizados por cesárea en unidades hospitalarias privadas asciende a 59%, contra 34% registrado en el caso de los establecimientos públicos.⁹⁰

El uso excesivo de antibióticos o anti-infecciosos también ilustra la asignación ineficiente de recursos. La OMS recomienda el uso de estos medicamentos sólo en casos estrictamente necesarios. Sin embargo, en el caso de México su prescripción se realiza todavía de forma arbitraria. Durante el año 2001, la participación de los antibióticos en el mercado de farmacéuticos representó 12.2%, cifra considerablemente más alta que la de otros países que cuentan con controles más estrictos en el consumo de medicamentos.⁹¹ Por ejemplo, en el mismo año la participación de los anti-infecciosos en los mercados de farmacéuticos de Canadá y Suecia representó el 5.9% y el 7.7% respectivamente.⁹²

En suma, la falta de alineación de las fuentes de financiamiento para el sector limita la posibilidad de canalizar los recursos de una forma ordenada hacia

⁸⁸ Véase Secretaría de Salud (2002).

⁸⁹ Véase Secretaría de Salud (2001).

⁹⁰ Véase Secretaría de Salud (2002).

⁹¹ Véase González-Pier y González-Hernández (2004).

⁹² www.imshealthcanada.com y www.strategis.gc.ca

los prestadores de servicios, de manera que se establezcan intervenciones prioritarias de manera explícita y satisfaciendo los criterios de costo-efectividad. Asimismo, el proceso de envejecimiento de la población del país que se espera para las próximas décadas, impone nuevos retos debido a los altos costos de atender los padecimientos crónico-degenerativos asociados a una población menos joven. La oportuna detección de estos padecimientos o de los factores que incrementan la vulnerabilidad de las personas ante los mismos, constituye una herramienta para mejorar la eficiencia distributiva, al evitar o reducir los altos costos implicados en la atención terapéutica del estado avanzado de estas enfermedades.

Dado que el objetivo de mejorar la salud de la población conlleva múltiples acciones, para lograr la eficiencia distributiva es necesario identificar la combinación óptima de productos (entendidos como los bienes y servicios que genera el sistema para atender las necesidades de la población) que maximicen las ganancias en salud.

La eficiencia distributiva está estrechamente relacionada con la priorización de necesidades y con hacer explícitos los beneficios que otorgan los esquemas de protección ante riesgos idiosincrásicos de salud. También es un tema que afecta las decisiones de asignación del gasto entre la atención médica y la producción de bienes públicos de la salud, los cuales juegan un papel fundamental en la protección contra riesgos sistémicos.

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SALUD

Además del rezago en el nivel total de inversión en salud, México presenta distorsiones relacionadas con la forma en que se distribuyen los recursos entre instituciones, grupos poblacionales y lugares geográficos. Particularmente, se observa una distribución inequitativa de los fondos públicos entre la población y entre las entidades federativas, sin que esto corresponda necesariamente a diferencias en las necesidades de salud.

En 2003 el gasto público per cápita en salud fue de 1,756 pesos, pero con diferencias muy contrastantes entre los distintos grupos de población. El gasto público per cápita para la población asegurada fue de 2,733 pesos, mientras que el gasto destinado a cubrir la atención de la población no asegurada fue de menos de la mitad, 945 pesos (véase cuadro III.1).⁹³ Aunque una fracción de esta

diferencia es compensada por un mayor pago de impuestos por parte de la población asegurada, principalmente a través de contribuciones a la seguridad social, es probable que otra parte se deba a inequidades en la asignación de subsidios netos de impuestos. Más aún, la población no asegurada que recibe atención médica en unidades públicas no está exenta, en general, del pago de tales servicios. El cuadro III.1 muestra que, una vez descontadas las contribuciones obrero-patronales, el gasto federal per cápita para asegurados fue de 1,239 pesos en 2003, cantidad aún superior a la erogada para un no asegurado.

El subsidio neto recibido por un usuario de los servicios públicos de salud depende tanto del costo de la atención recibida como de los impuestos o cuotas pagadas por el usuario, y sólo puede ser determinado mediante un análisis completo de incidencia fiscal, análisis que queda fuera del alcance del presente documento.

Una distribución equitativa de los subsidios netos a la salud debería responder al nivel de ingreso de las familias y ser neutral a la afiliación a un esquema determinado de aseguramiento.

El cambio más significativo entre 1996 y 2002 ha sido el incremento del gasto en salud en beneficio de la población no asegurada: más del 100% en términos reales, aumentando su participación de un quinto a un tercio del gasto federal en salud. Considerando que la población no asegurada representa poco más de la mitad de la población nacional, a pesar del incremento todavía existe un desbalance en el gasto público por beneficiario a favor de la población asegurada.

En la gráfica III.6, se advierte el contraste notable entre el gasto ejercido a favor de la población sin acceso a la seguridad social, que es altamente progresivo (y pro-rural), y el gasto en beneficio de la población con acceso a la seguridad social, que es altamente regresivo (y pro-urbano). El efecto combinado de la suma de ambos gastos implica que la distribución del gasto público total en salud es ligeramente regresiva a nivel nacional, aunque se vuelve prácticamente neutral si se excluyen, en el caso del IMSS, las contribuciones de los beneficiarios (trabajadores y patrones) y sólo se consideran las contribuciones del gobierno

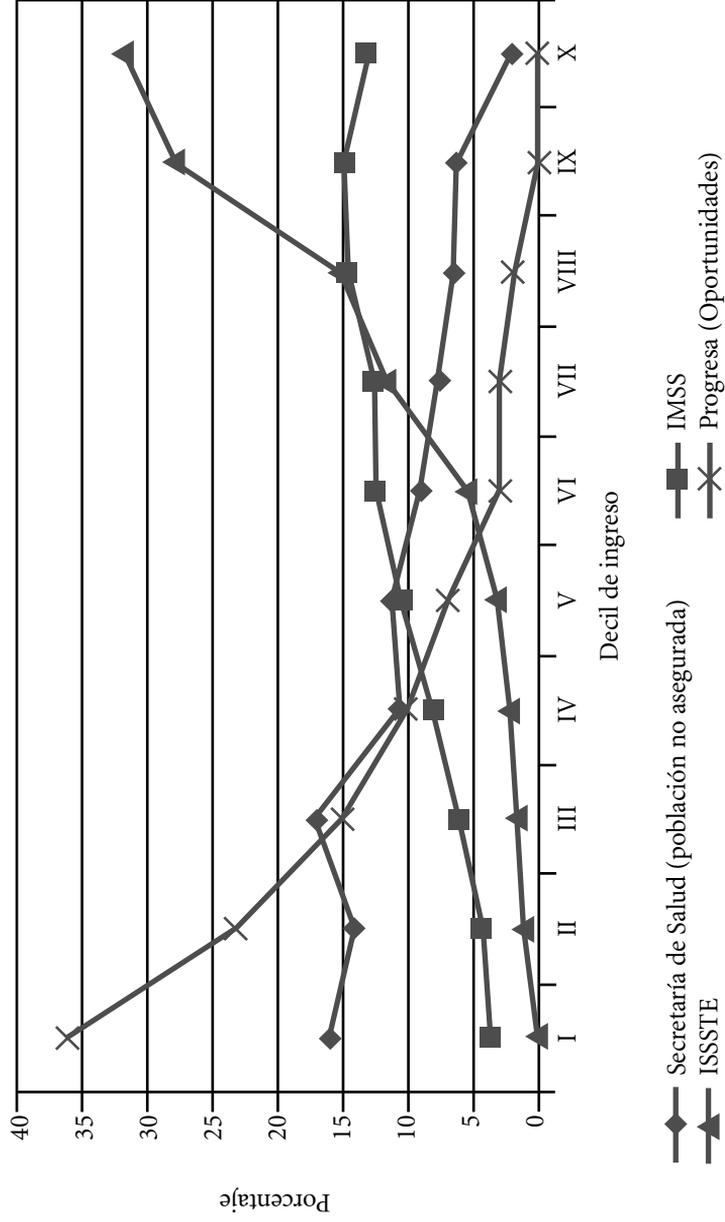
⁹³ De acuerdo a otras fuentes, se estima que la población amparada por la seguridad social recibe 1.6 pesos provenientes de recursos fiscales por cada peso que reciben las personas no aseguradas. Esta diferencia es sustancial si se considera que los recursos fiscales no incluyen impuestos a la nómina de los trabajadores adscritos al IMSS e ISSSTE ni las aportaciones patronales en el caso del IMSS. Cuando se incluyen los rubros antes mencionados, la diferencia es mucho mayor. Por cada peso gastado en población no asegurada se destinan 3.8 pesos para la población cubierta por el IMSS o el ISSSTE. Véase Arzoz y Knaut (2004).

Cuadro III.1 Distribución del gasto público federal en salud por condición de aseguramiento, 2003

		<i>Gasto público federal en salud en 2003</i>	
<i>Condición de aseguramiento</i>		<i>Incluyendo el gasto financiado con contribuciones obrero-patronales</i>	<i>Excluyendo el gasto financiado con contribuciones obrero-patronales</i>
Población sin seguridad social	Gasto total	53,806 millones de pesos	53,806 millones de pesos
	Población	56,956,255	56,956,255
	Gasto per cápita	945 pesos	945 pesos
Población asegurada	Gasto total	129,152 millones de pesos	58,546 millones de pesos
	Población	47,257,254	47,257,254
	Gasto per cápita	2,733 pesos	1,239 pesos

FUENTE: Elaborado con base en información de la Dirección General de Información en Salud, Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal. El gasto federal en salud para no asegurados agrega los recursos del Ramo 12 y el FASSA, incluyendo los recursos del programa IMSS -Oportunidades. El gasto federal para asegurados agrega el gasto en salud del IMSS, ISSSTE y PEMEX. Para excluir el gasto financiado con contribuciones obrero-patronales se sustrae la recaudación correspondiente a las contribuciones de patrones y trabajadores al Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS, así como las contribuciones de los asegurados del Seguro de Salud para la Familia y del Seguro de Estudiantes de la misma institución. Se sus-traen también las contribuciones para servicios médicos realizadas por los asegurados del ISSSTE.

GRÁFICA III.6. Distribución del gasto social por decil de ingreso, 2002



FUENTE: Reporte de Gasto Público, Banco Mundial, 2004.

federal (a través de impuestos generales).⁹⁴ Con todo, la diferencia es aún importante, ya que los no asegurados constituyen más del 50% de la población y reciben menos del 33% del gasto público total en salud.

En los datos de la ENIGH 2000 se observa que sólo 1% de los hogares derechohabientes del IMSS se encuentran en el decil más pobre (es decir, están englobados en ese 10% de la población más desamparada) y 12% en el decil más rico. En el caso del ISSSTE, únicamente 18% de los derechohabientes se encuentran entre los cinco deciles más pobres, es decir entre el 50% de la población con menores recursos.⁹⁵ En ese sentido, la distribución del gasto público por deciles es inequitativa: el gobierno gasta menos en la población más pobre que en la que tiene más recursos. El 40% más pobre recibe recursos fiscales y públicos por debajo del promedio nacional.⁹⁶

Lo anterior subraya el potencial que tiene el gasto público como instrumento de política para inclinar la balanza a favor de un financiamiento más justo de la salud, un acceso más equitativo a los servicios de salud y una mayor eficiencia en la asignación de la inversión en el sector.

Bajo una perspectiva comparativa, en la gráfica III.7 se contrastan los avances que ha tenido México en términos de equidad con respecto a trece países, mediante el uso de coeficientes de concentración como medida de desigualdad de la distribución del gasto público en salud.⁹⁷ Se observa que México pasó del primero al octavo lugar en desigualdad entre 1996 y 2002, aunque hay que aclarar que las mediciones en los otros países corresponden al periodo 1987-1995. No obstante, se puede afirmar que la distribución actual del gasto público en salud en México aún dista mucho de las distribuciones logradas desde principios de la década pasada por los otros países latinoamericanos representados en esta gráfica, especialmente los países del cono sur, con excepción de Brasil, Colombia y Costa Rica.⁹⁸

⁹⁴ Véase Scott (2004).

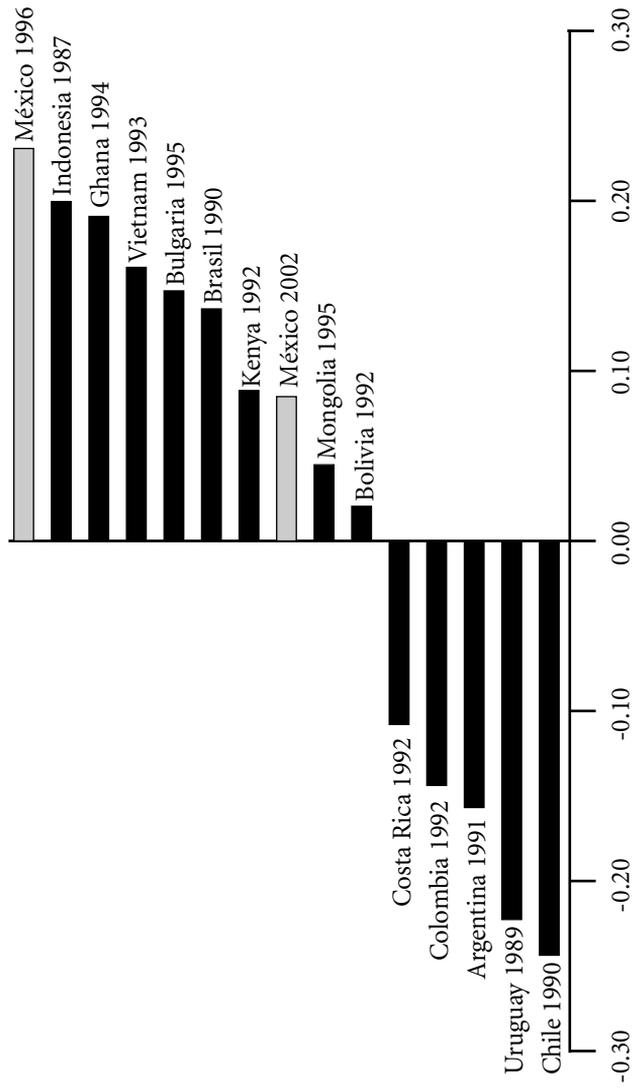
⁹⁵ Véase Arzoz y Knaul (2004).

⁹⁶ La diferencia entre gasto público y gasto fiscal radica en que este último excluye las cuotas obrero patronales en el caso del IMSS y las cuotas obreras en el caso del ISSSTE. Véase Arzoz y Knaul (2004).

⁹⁷ El coeficiente de concentración es una medida de desigualdad análoga al coeficiente de Gini, excepto que el concepto utilizado para ordenar a los hogares o las personas (en este caso, condición socioeconómica aproximada por el nivel de ingreso) es distinto a la variable cuya distribución es de interés (en este caso, estados de salud o recursos para de salud). Esta medida se define en el rango (-1,1), donde los extremos representan concentraciones totales de la variable de interés en los más pobres y ricos, respectivamente, y 0 es una distribución proporcional a las condiciones socio-económicas de la población.

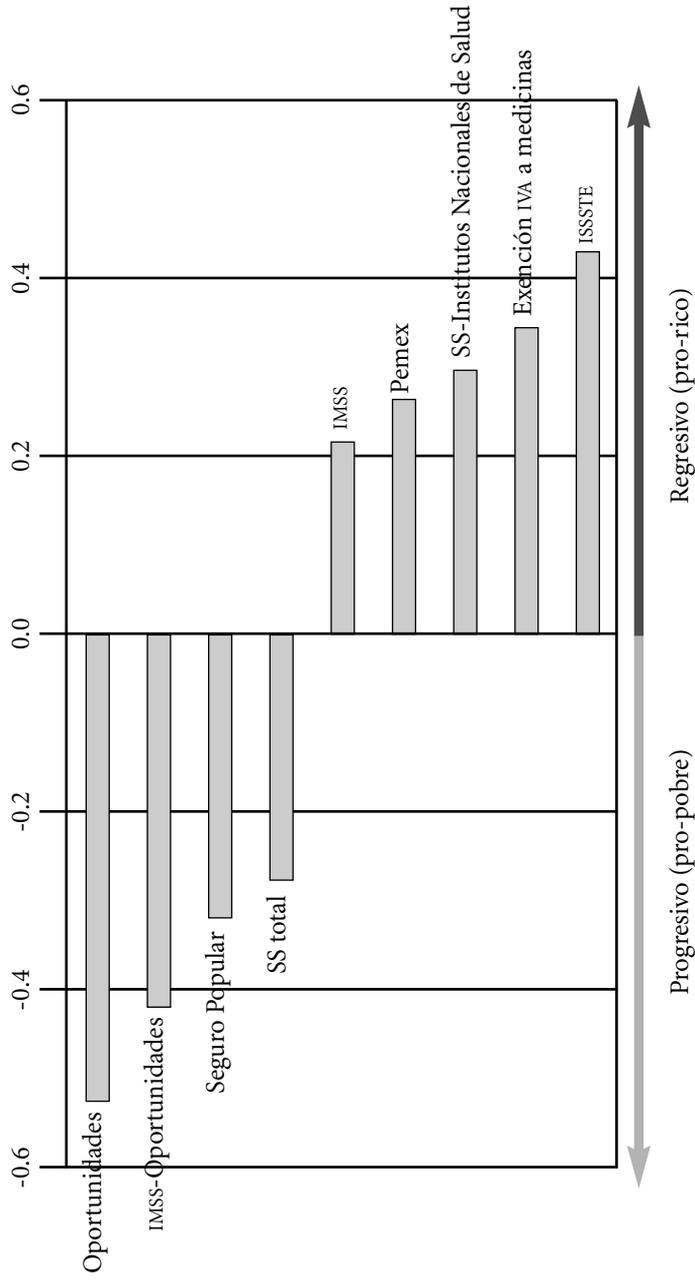
⁹⁸ Véase Scott (2004).

GRÁFICA III.7. Coeficientes de concentración del gasto público en salud: México en perspectiva comparativa



FUENTE: Scott, 2004.

GRÁFICA III.8. Coeficientes de concentración del gasto público en salud y nutrición, 2000-2002



FUENTE: Scott, 2004.

Existe una notable segmentación de los instrumentos de gasto público a favor de la salud. La gráfica III.8 muestra en orden decreciente los coeficientes de concentración correspondientes a estos instrumentos. Se incluyen rubros de gasto público relacionados con pensiones, educación, salud y algunos programas de desarrollo y combate a la pobreza como Oportunidades. Los instrumentos que tienen un coeficiente menor que cero son progresivos y los que lo tienen mayor que cero son regresivos. Esta gráfica muestra que el pago a los pensionados del ISSSTE es el gasto más regresivo, mientras que las transferencias de salud para la población no asegurada y el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades son las más progresivas. Esto revela oportunidades claras para la reasignación de recursos dentro de los instrumentos disponibles, a fin de profundizar en el futuro los avances en la equidad del gasto público en México. A esto hay que agregar la creación de esquemas nuevos de protección social, como el Seguro Popular de Salud, pero también los costos crecientes del gasto en salud para la población asegurada, asociados al sistema de pensiones de los trabajadores al servicio del IMSS y del ISSSTE.⁹⁹

En el periodo 1996-2000 la cobertura de los servicios de salud para la población no asegurada en el quintil más pobre se incrementó de 18% a 31%. Este hecho coincide con la introducción y expansión acelerada del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA, hoy Oportunidades), cuyo componente de salud se diseñó precisamente para incrementar la demanda de los servicios por parte de esta población (por medio de transferencias monetarias condicionadas, además de programas complementarios de expansión de cobertura y mejoras en la oferta). También se observa en ese periodo una reducción gradual en la regresividad de los servicios para la población asegurada, que en el caso del ISSSTE era, hasta 1998, más regresiva que la distribución del gasto de los hogares y contribuía por lo tanto a aumentar la desigualdad en los recursos para la salud. En el caso del IMSS se observa un pequeño avance en progresividad entre 2000 y 2002, reflejando una expansión de cobertura significativa en el sector rural (de 11% a 18%).¹⁰⁰

El gasto público en salud tiene un impacto especialmente importante en los

⁹⁹ Véase Scott (2004). Cabe mencionar que, en el caso de salud, las cifras presentadas se estimaron con base en la distribución por decil imputada con base en la utilización de los servicios, por lo que representan una aproximación a la medición de la desigualdad, en tanto no se consideran ajustes por las variaciones en costos asociadas a las diferencias en las necesidades de salud de la población de la cual se deriva la utilización.

¹⁰⁰ Véase Scott (2004).

primeros nueve deciles, incrementando en promedio el gasto ejercido en salud en 178%, mientras que para el décimo decil sólo se incrementa en 25%. A pesar de esto, persiste una brecha notable en los recursos ejercidos para la salud entre estos dos grupos poblacionales.

Al tiempo que existen marcadas diferencias en la asignación de recursos entre grupos poblacionales, se observa también una desigualdad en la asignación geográfica de recursos, resultado de la distribución histórica de fondos federales hacia las entidades con base en los requerimientos determinados por la oferta de servicios. La distribución del gasto federal en salud muestra una diferencia de 8 a 1 entre la entidad con mayores recursos públicos per cápita y la entidad con menores recursos, sin que esta diferencia se explique por variaciones en las necesidades de salud de la población entre ambos estados.¹⁰¹

La gráfica III.9 presenta la distribución de recursos federales per cápita para atender a la población asegurada y no asegurada entre entidades federativas en 2004, ordenadas de manera ascendente de acuerdo al nivel del índice de desarrollo humano del año 2003 publicado por el CONAPO. Además de las diferencias en el gasto público entre población asegurada y no asegurada, se observan brechas importantes en la distribución de recursos entre entidades federativas para cada grupo de población. El gasto per cápita para la población asegurada es casi 16 veces mayor en Nuevo León que en Querétaro.¹⁰²

También existen grandes diferencias entre las 32 entidades federativas del país en cuanto al gasto en salud como porcentaje del PIB estatal. En el 2004 las entidades que alcanzaron un mayor nivel en este rubro fueron Tabasco y Nayarit, con un gasto mayor al 5.0% del PIB estatal. Las entidades con menor gasto fueron Nuevo León y Quintana Roo, con un porcentaje inferior al 2.5. Las diferencias entre ambos grupos son realmente notables, pues mientras que este gasto fue de 6.4 % en Tabasco, en Nuevo León alcanzó apenas el 2.1%.¹⁰³

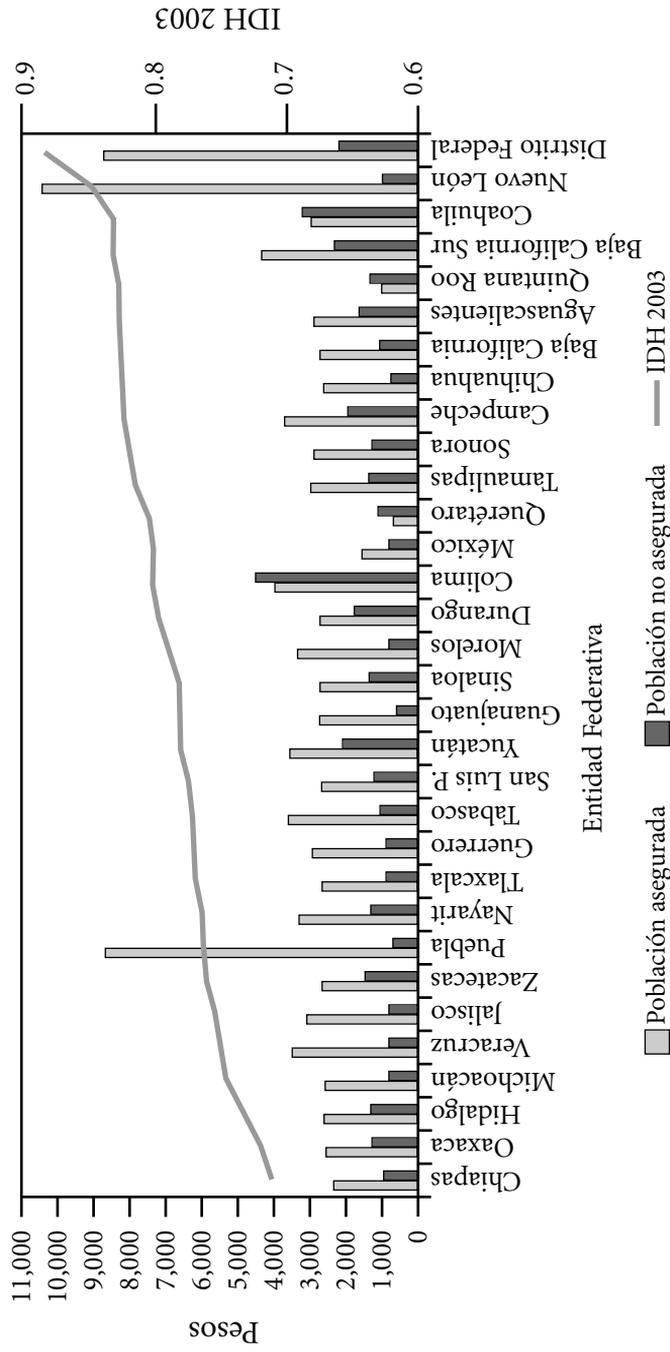
A partir del índice de marginación elaborado por el CONAPO se llega a una conclusión inquietante: aquellos estados con un índice de marginación menor son los que reciben mayor cantidad de recursos públicos, a la vez que su población cuenta con una mayor cobertura de la seguridad social; y, muy por el contrario, en los estados que presentan un índice de marginación mayor los recursos públicos destinados a la salud son menores, mientras que en gran medida su

¹⁰¹ Véase Secretaría de Salud (2005).

¹⁰² *Idem.*

¹⁰³ Véase Secretaría de Salud (2004b).

GRÁFICA III.9. Gasto público federal per cápita en salud, 2004



NOTA: El gasto federal para población asegurada incluye los recursos de IMSS, ISSSTE y PEMEX. El gasto federal para población no asegurada incluye el Ramo 12, FASSA del Ramo 33 e IMSS Oportunidades del Ramo 19. El gasto de Ramo 12 de los Institutos Nacionales de Salud y de los hospitales federales se imputó a los estados de acuerdo a su participación en los egresos hospitalarios de cada unidad.

FUENTE: Elaborado con información de Dirección General de Información en Salud, 2004, Secretaría de Salud. Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 2003. PNUD, 2005a.

población no se encuentra protegida por la seguridad social.¹⁰⁴ Esta diferencia en cobertura, aunada al hecho de que en las entidades federativas con grado de marginación alto se gastan, en promedio, menos recursos en la población no asegurada, ocasiona una gran disparidad.¹⁰⁵

Comparando los dos tipos de población, la diferencia más extrema se presentó entre el gasto per cápita para población asegurada del Distrito Federal (7,046 pesos) y el gasto per cápita para población no asegurada del estado de Puebla (575 pesos), una diferencia de 12 veces.¹⁰⁶ Por otra parte, el gasto de las entidades federativas en salud solamente da 43% del gasto total. Además de reducido, el gasto estatal es muy heterogéneo: 23 estados aportan menos del 20% de su presupuesto, siendo los casos más extremos: Baja California, Colima, Durango, Guerrero, Hidalgo, Estado de México y San Luis Potosí, que no llegan al 5%. En las nueve entidades federativas donde la participación es superior a 20% del gasto total en salud, sobresale Tabasco, cuya participación está por arriba de 50%. Le siguen, todavía lejos, Jalisco y el Distrito Federal.¹⁰⁷ En la actualidad hay una diferencia de 119 a 1 entre la entidad que aporta más recursos por persona y la que menos aporta.¹⁰⁸ Sin embargo, a nivel nacional las aportaciones estatales han aumentado de 14% a 17% en los últimos tres años.

PROGRAMA DE DESARROLLO HUMANO OPORTUNIDADES

Si bien en México existen diferentes programas gubernamentales que producen beneficios para la salud, el más importante en términos de recursos y cobertura es el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Tiene la ventaja de que ha sido sujeto a una muy rigurosa evaluación de impacto, incluyendo el impacto sobre indicadores de salud.

En contraste con las intervenciones más comunes de salud, que se concentran en mejorar el medio ambiente y en aumentar la oferta de servicios y bienes

¹⁰⁴ En este índice se incluyen medidas de escolaridad, infraestructura en vivienda, tamaño de la localidad y salario de la población económicamente activa dentro del hogar.

¹⁰⁵ El análisis de la desigualdad también podría analizarse mediante la comparación de las asignaciones entre grupos de población. Sin embargo, un análisis de tal magnitud queda fuera del alcance de este documento.

¹⁰⁶ Véase Secretaría de Salud (2004b). Estas cifras no incluyen ajustes ni por costo de vida ni por calidad debido a la complejidad de realizar comparaciones ajustadas.

¹⁰⁷ *Idem.*

¹⁰⁸ *Idem.*

públicos de salud, Oportunidades pertenece a los programas que enfatizan la demanda; es decir, se proponen inducir cambios en el comportamiento de los hogares a través de un incentivo económico. La estrategia por el lado de la demanda implicó una nueva generación de programas de combate a la pobreza que busquen promover la acumulación de capital humano en la niñez y la juventud como forma de romper los ciclos intergeneracionales de pobreza.¹⁰⁹ En ese marco conceptual se ubican los llamados programas de Transferencias Condicionadas en Efectivo, de los cuales el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresa) —actualmente Oportunidades—, aplicado en México desde 1997, fue el segundo en América Latina y el primero en implementarse a gran escala.¹¹⁰

Oportunidades es un programa de transferencias en efectivo, pero condicionadas. El gobierno transfiere dinero en efectivo de manera directa a la familia, con la condición de que todos los miembros acudan a los servicios de salud, que las madres asistan a sesiones de información nutricional e higiene, y que los niños (principalmente las niñas) asistan a la escuela. Este programa no sólo incrementa los ingresos de manera temporal, sino que además fomenta mejoras en la productividad y en los salarios futuros de los niños beneficiados. Su principal objetivo es reducir las limitaciones para desarrollar el capital humano. Actualmente Oportunidades atiende a 5 millones de familias en 70 mil 520 localidades de todo el país, tanto en zonas rurales como urbanas, con un presupuesto superior a los 25 mil millones de pesos. Esto representa más del 100% de las familias situadas por debajo de la línea de pobreza alimentaria en el año 2002.¹¹¹

Las evaluaciones que se han realizado sobre este programa demuestran que ha mejorado la nutrición y la salud infantil. Los menores de tres años que participaron en el programa incrementaron su asistencia a controles de crecimiento entre 30% y 60%. El programa también ha mejorado la utilización de los servicios básicos de salud: al evaluar el impacto de este programa entre 1996 y 2002 en las clínicas de atención del Programa IMSS-Oportunidades por parte de los hogares beneficiarios del medio rural, se encontró que la demanda anual de consultas fue 67% mayor en “localidades Oportunidades” que en “localidades

¹⁰⁹ De manera reciente, se han realizado estudios cuyas conclusiones refuerzan esta hipótesis, por ejemplo, Mayer-Foulkes (2003) realiza un análisis usando la ENSA 2000, encontrando que los pobres son menos capaces de invertir en capital humano, por lo que existe en México una ‘trampa de bajo capital humano’.

¹¹⁰ El primer programa de este tipo fue el “Bolsa Escola” de Brasil.

¹¹¹ Véase Fosado y López-Calva (2004).

no Oportunidades”.¹¹² Las consultas preventivas aumentaron en más de cinco veces y la tendencia muestra que el aumento fue continuo. Las consultas de nutrición, que son prioritarias para Oportunidades, crecieron significativamente más rápido en las comunidades pertenecientes al Programa. Además, se observó que en las comunidades incorporadas por más tiempo la proporción de consultas a niños con desnutrición severa disminuyó paulatinamente, lo que permite suponer que el objetivo de mejorar los niveles de nutrición de esta población se está cumpliendo.¹¹³ Los beneficiarios menores de cinco años registraron una incidencia de enfermedades inferior en 12% en comparación con menores que no participaron en el Programa.¹¹⁴ Los datos también sugieren que Oportunidades tuvo un impacto significativo en el aumento del crecimiento infantil y disminuyó la probabilidad de crecimiento infantil insuficiente (talla por edad) para niños entre 12 y 36 meses de edad.¹¹⁵

Algunas estimaciones indican que la incorporación al programa Oportunidades se asocia a una reducción de 11% en la mortalidad materna y de 2% en la mortalidad infantil.¹¹⁶ En el caso de la mortalidad materna el efecto es más fuerte en municipios de media y muy alta marginación, y para el caso de la mortalidad infantil en municipios de muy alta marginación.

El consumo promedio de alimentos de los hogares de Oportunidades después de apenas un año de operación del programa era 11% mayor, comparado con hogares no participantes. Este aumento se debe en gran parte a mayores gastos en frutas, verduras y productos animales. La ingesta calórica media de los hogares aumentó en 7.8%.¹¹⁷

Oportunidades ha mejorado también la salud de los adultos. En el grupo de 18 a 50 años se ha observado una reducción significativa en el número de días que tuvieron dificultades para realizar sus actividades diarias por motivos de salud (19% menos que en localidades no incorporadas) y un aumento significativo en el número de kilómetros que pueden caminar sin cansarse (7.5% más).¹¹⁸

¹¹² Este organismo tiene sus antecedentes en IMSS-COPLAMAR, creado en 1979, y en IMSS-Solidaridad, de 1990. A partir de 2002, el Consejo Técnico del IMSS aprobó el cambio de denominación del programa a IMSS-Oportunidades. Véase el capítulo 8 de IMSS (2004).

¹¹³ Véase Bautista *et al.*, (2003)

¹¹⁴ Véase Gertler (2000).

¹¹⁵ Véase Behrman y Hoddinott (2000).

¹¹⁶ Véase Hernández *et al.*, (2003).

¹¹⁷ *Idem.*

¹¹⁸ Véase Gertler (2000).

Existen otros programas de lucha contra la pobreza además de Oportunidades. El Programa de Abasto Social de Leche a cargo de LICONSA distribuye leche fortificada con diversos micronutrientes esenciales en zonas marginadas urbanas y rurales, y el Programa de Apoyo Alimentario, recientemente instaurado por el gobierno federal, tiene como propósito mejorar la alimentación de las personas que habitan en localidades rurales con menos de 2,500 habitantes, de alta y muy alta marginación y que no reciben apoyo de Oportunidades, Liconsa, u otro programa alimentario federal. Este último programa también promueve acciones orientadas a la salud y la educación de las personas pobres, y opera en los 31 estados de la República, en las zonas donde no hay presencia de otros programas alimentarios del gobierno federal.¹¹⁹

INVERSIÓN EN SALUD ASOCIADA AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Teniendo en cuenta la importancia de los recursos financieros para mejorar los niveles de salud, de las secciones anteriores se desprende que las respuestas al cuánto, cómo, quién y en qué se invierte en salud en México permiten identificar aquellos rubros donde es necesario replantear las políticas de salud con objeto de garantizar una estructura de financiamiento que no sólo se traduzca en mejoras efectivas para población sino también en una mayor equidad y eficiencia distributiva. Una de las preguntas que surgen de forma natural a la luz de las metas planteadas en el capítulo II se refiere al monto de recursos necesario para reducir las brechas en condiciones de salud por entidad federativa. Para responder a esta pregunta se efectuó un ejercicio de estimación de los recursos vinculados a la reducción de rezagos por entidad federativa para los siguientes indicadores: tasa de mortalidad en menores de un año, tasa de mortalidad materna y edad promedio de muerte en casos de diabetes e hipertensión.

La inversión en salud es rentable: según estimaciones del Banco Mundial (2004), para países con un índice de calidad de las instituciones igual a la media, un incremento de 10% en el gasto público en salud como proporción del PIB estaría asociado a una reducción de 7% en la mortalidad materna, una reducción de 0.69% en la mortalidad en menores de cinco años y una disminución de 4.14% en el bajo peso de niños menores de cinco años.

¹¹⁹ Véase SEDESOL (2004).

En México, se estima que un incremento en la proporción del gasto total en salud con respecto al PIB de 6.1% en el 2003 hasta alcanzar el 7.7% en el 2015 permitiría reducir la tasa de mortalidad en menores de un año en 40.5% durante el mismo periodo, y reducir en 57.8% la tasa de mortalidad materna, para lograr de esta manera los Objetivos del Milenio de tales indicadores.¹²⁰

Por otra parte, en la medida en que las tasas de mortalidad materna e infantil estén determinadas de manera importante por las condiciones de acceso a los servicios de salud, entonces una pregunta válida es cuál sería el costo de eliminar las barreras al acceso. En 2004, cada asegurado por algún esquema público de aseguramiento costó al sector público \$2,682 pesos en promedio. Si tomamos este costo promedio como parámetro, ofrecer la misma cobertura a toda la población requeriría que el gasto público en salud se incrementara en un monto equivalente a alrededor de 1% del PIB.¹²¹

La evidencia presentada hasta ahora apunta hacia importantes deficiencias en la forma en que se obtienen y distribuyen los recursos en salud. Además de analizar alternativas para promover una composición de la inversión en salud que sea más equitativa, es necesario explorar esquemas de financiamiento que permitan mejorar la eficiencia distributiva. Los problemas actuales en este rubro sugieren que existe un margen para dirigir la asignación de los recursos públicos hacia actividades que permitan obtener mayores ganancias en salud.

¹²⁰ Para este cálculo se utilizó una regresión lineal para cada una de las tasas de mortalidad mencionadas, tomando como variables independientes el gasto total en salud, la proporción de hogares con agua potable y la proporción de población alfabeta. Se utilizó una muestra compuesta por 171 países. Las variables se introdujeron en su transformación logarítmica. Cabe destacar que las estimaciones asumen que la eficacia del gasto en salud de México es similar al promedio de la muestra.

¹²¹ Se asume que los recursos destinados a otros servicios de salud distintos a la atención médica permanecen sin modificación.

IV. PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD: ASEGURAMIENTO MÉDICO

HACER FRENTE A LA ENFERMEDAD cuando no se cuenta con mecanismos que permitan protegerse ante el riesgo de su ocurrencia conlleva la posibilidad de empobrecerse y caer en una trampa de pobreza. Esta situación no afecta de igual forma a toda la población. Es más probable incurrir en gastos catastróficos en salud o caer en una trampa de pobreza conforme disminuye el nivel de ingreso de la familia. Esto implica una alta inequidad en el impacto que tiene la falta de salud sobre la población.

Para potenciar la relación virtuosa entre salud y desarrollo económico es necesario establecer mecanismos que apoyen a la población de menores ingresos ante los eventos adversos en salud, y que permitan no sólo mejorar la salud en promedio sino reducir los fuertes rezagos que existen en ciertas zonas del país. Puede recurrirse a diversos mecanismos para atender cada uno de estos puntos: acciones de protección financiera, por ejemplo, para compensar a la población por los gastos en que incurre para solventar la atención médica, y acciones de naturaleza asistencial para prevenir o atender médicamente padecimientos específicos. Sin embargo, para cumplir simultáneamente con los objetivos en materia de equidad y de eficiencia, la opción más conveniente es la de incorporar a la población a un esquema de aseguramiento.

El análisis de las alternativas para que el sistema de salud cumpla con el objetivo de proteger a la población ante riesgos adversos debe considerar dos vertientes: aquella dirigida a enfrentar riesgos adversos idiosincrásicos, es decir, aquéllos específicos a las personas o las familias, y la dirigida a evitar o controlar riesgos adversos sistémicos para la población en su conjunto.¹²² Los riesgos

¹²² Para analizar con mayor detalle el marco conceptual en que se sustenta esta distinción así como las alternativas para prevenir, mitigar o hacer frente a los diferentes tipos de riesgo en el contexto de la protección social, véase BID (2000) y Holzmann y Jorgensen (2000). Al mismo tiempo, cabe mencionar que estas vertientes concuerdan con la clasificación de los bienes de la salud utilizada por la Secretaría de Salud mediante la cual se distingue entre la provisión de bienes públicos y los servicios dirigidos a las personas y que no implican generación de externalidades (atención médica). El uso de esta clasificación permite identificar mecanismos y reglas de financiamiento acordes con la naturaleza de estos tipos de bienes. Véase Baeza y Packard (2005).

que afectan a las colectividades se enfrentan principalmente a través de bienes públicos de salud, incluyendo acciones que generan externalidades, lo cual es tema del siguiente capítulo.

En este capítulo se aborda el tema del aseguramiento médico como respuesta a la falta de protección contra riesgos idiosincrásicos.

EL ASEGURAMIENTO COMO RESPUESTA PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS IDIOSINCRÁSICOS EN SALUD

Los impactos negativos sobre la salud inciden de forma distinta en los diferentes estratos de la población, y la incidencia no se da únicamente en términos de la calidad de vida. Aun cuando no es posible determinar con certeza cuándo y cómo se verá afectada la salud de un individuo en particular, sí es posible determinar la probabilidad con la que ocurrirán ciertos eventos para núcleos amplios de la población, según sus características: edad, sexo, ubicación geográfica, etcétera.

Los esquemas de aseguramiento se basan en el cálculo de probabilidades de ocurrencia de un evento, así como en el costo esperado para su tratamiento. El cobro de una prima igual para un núcleo determinado de población implica que todos los individuos estarán cubriendo anticipadamente el valor esperado del costo de atención (o resarcimiento) por el evento. Visto *ex-post*, los individuos que no sufrieron un evento adverso en salud pero sí pagaron su prima, realizaron una transferencia a los individuos que sí enfrentaron el evento adverso.

Si el esquema de aseguramiento cubre a un grupo de individuos con la misma probabilidad de verse afectados por un determinado evento, puede decirse que *ex-ante* no se genera una transferencia entre los miembros del grupo; si la probabilidad no es la misma, entonces el esquema de aseguramiento implicará una transferencia implícita de quienes tienen una menor probabilidad de ver afectada su salud hacia quienes tienen una mayor probabilidad de enfermar.

El hecho de que el acceso a los servicios esté garantizado por la participación en el esquema de aseguramiento, y además esté sustentado en los costos y probabilidades esperados y no en los costos y probabilidades a nivel individual, permite desvincular el financiamiento del acceso y esto promueve una mayor equidad en términos de garantizar un “trato igual a iguales”. Lo cual se traduce en financiar los mismos servicios para personas con las mismas necesidades de salud, independientemente de su nivel de ingreso.

La mancomunación de riesgos se presta para establecer un mecanismo de transferencias o subsidios cruzados en beneficio de los núcleos de población que se desee beneficiar, por ejemplo los de menores ingresos o los que se encuentran físicamente más distantes de la atención.

El pago anticipado a un esquema de aseguramiento elimina la incertidumbre financiera que enfrentan los hogares ante riesgos de salud, ya que independientemente de la probabilidad con la que se requiera hacer uso de la atención médica, los hogares cuentan con la certeza de tener acceso a ella. En tanto el prepago sustituye el gasto de bolsillo en que hubiesen incurrido los hogares ante la ocurrencia del evento adverso, la protección que brinda el aseguramiento consiste precisamente en suavizar el consumo de los hogares a lo largo del tiempo. Dado que el costo de aseguramiento para cada miembro es equivalente al costo estimado con base en la población participante, un esquema de prepago evita gastos en salud que pudieran ser catastróficos o llevar a los hogares a una situación de empobrecimiento.

Por otra parte, la creación de fondos de aseguramiento permite la participación del Estado en el financiamiento subsidiado de la población, de acuerdo a su capacidad de pago, lo que presumiblemente es el esquema más progresivo de financiamiento de la salud, toda vez que se apoya en la recaudación tributaria.

Finalmente, el financiamiento anticipado permite definir como parte de la cobertura garantizada aquellos servicios más costo-efectivos desde la óptica social y no sólo individual. Por ejemplo, se pueden establecer mecanismos más eficaces para inducir una atención preventiva: tanto porque el individuo no tiene costos marginales para atenderse, como porque los administradores de estos programas pueden ser retribuidos de manera tal que su objetivo sea el de maximizar el nivel de salud de la población atendida. De igual modo, es posible establecer un sistema de incentivos que lleve a una asignación de recursos más equilibrada entre los distintos niveles de atención. Si bien existen dificultades en la transferencia de recursos entre niveles de atención, el aseguramiento puede promover una mayor eficiencia distributiva mediante la definición explícita de la cobertura de un conjunto de intervenciones seleccionadas con base en criterios de costo-efectividad.

Independientemente de los beneficios individuales, la evidencia empírica señala que la sola existencia de un régimen de aseguramiento contribuye a reducir las brechas en las condiciones de salud de poblaciones con diferentes niveles de ingreso. Así, la implementación de un régimen de aseguramiento universal puede contribuir a mitigar la inequidad que en materia de salud.

Es importante señalar que el monto total del subsidio, además de responder a consideraciones de eficiencia, deberá atender criterios de naturaleza política en donde se defina la disposición de la sociedad a transferir recursos entre distintos sectores de la población.¹²³

ASEGURAMIENTO EN SALUD EN EL CONTEXTO MEXICANO

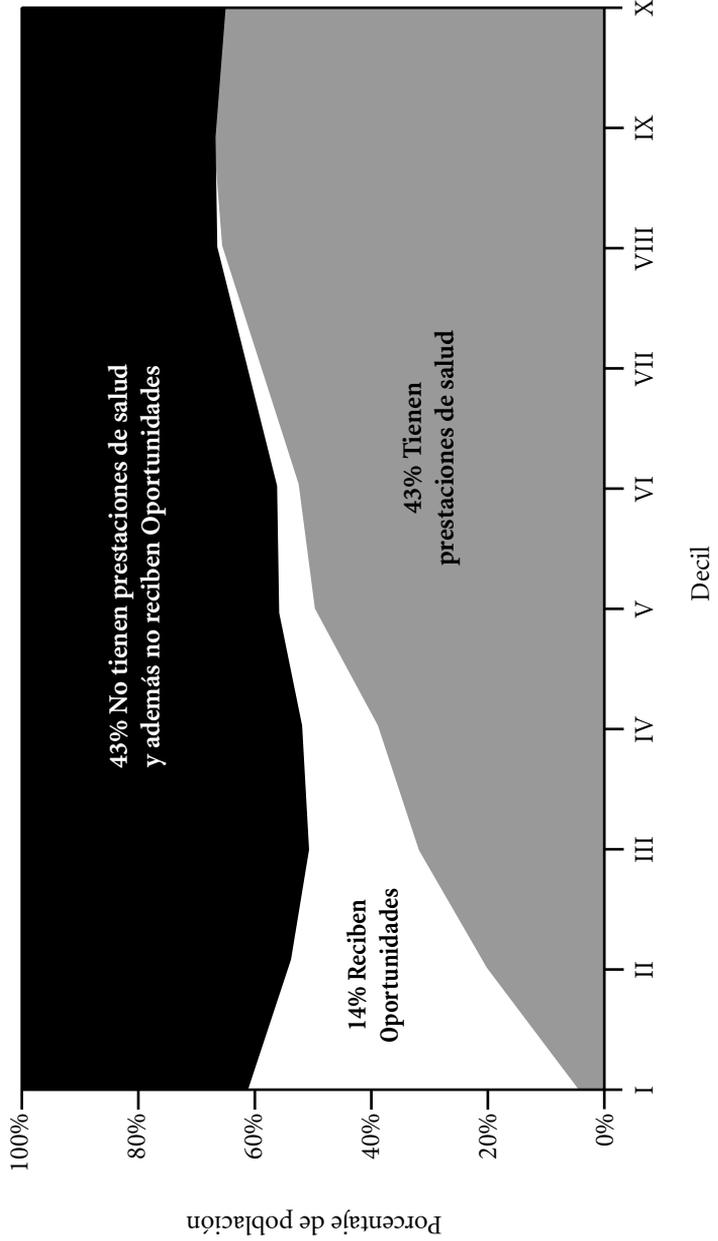
Como se ha mencionado, la falta de acceso a esquemas de aseguramiento que protejan a la población contra riesgos de salud es un factor que contribuye al empobrecimiento y por tanto limita la contribución de la salud al desarrollo económico. En el caso de México esta falta de protección se refleja en el impacto regresivo de un elevado gasto de bolsillo como fuente de financiamiento del sistema de salud, así como en el hecho de que el aseguramiento público a través de la seguridad social deja desprotegido a más del 50% de la población.

La necesidad de incrementar la cobertura de aseguramiento en salud encuentra uno de sus fundamentos en la distribución del ingreso por grupos de población. En la gráfica IV.1 se observa que las personas ubicadas en los deciles inferiores son precisamente quienes están excluidos de los servicios que brinda la seguridad social. Debe considerarse que para extender la cobertura del aseguramiento se requieren acciones dirigidas no solamente a la protección de los más pobres, en tanto más del 50% de la población que no se encuentra asegurada se ubica a lo largo de los diez deciles de la distribución del ingreso. Por otro lado, el esquema de aseguramiento debe cuidar que no se generen incentivos para que la población deje de contribuir a los sistemas de aseguramiento existentes y se afilie a otros donde su contribución sea menor, porque eso llevaría a un aumento en la carga fiscal.

Una mayor cobertura de aseguramiento puede ayudar a reducir las brechas existentes en las condiciones de salud entre personas de diferentes niveles de ingreso. Decker y Remler (2004), por ejemplo, estiman que en los Estados Unidos una persona de entre 55 y 64 años de edad que forma parte del 50% de la población más pobre, tiene una probabilidad de reportar un nivel de salud malo o regular mayor en 15.1 puntos porcentuales que la persona de mayores

¹²³ La cuantificación del monto del subsidio también es un elemento relevante para efectos de la planeación y presupuestación periódica de recursos públicos, así como para la evaluación financiera de un esquema de aseguramiento en el largo plazo.

GRÁFICA IV.1. Cobertura de prestaciones de seguridad social en salud



FUENTE: Noriega, 2004.

ingresos; mientras que en Canadá, donde se cuenta con aseguramiento universal en salud, este diferencial entre la población de ambos grupos de ingreso y la misma edad es de sólo 7.5 puntos porcentuales. Si bien esta diferencia puede obedecer a diversos factores, los autores encuentran evidencia de que la mayor cobertura de aseguramiento en Canadá es uno de los más importantes. En la medida en que los individuos cuentan con aseguramiento médico su estado de salud es más independiente de su nivel de ingreso y, por lo tanto, las diferencias en ingreso ven reducida su importancia como factor determinante de las diferencias en las condiciones de salud.

En el caso de México, un ejercicio similar en el mismo grupo de edad genera resultados parecidos a los de los Estados Unidos. Se estima que la probabilidad de reportar un estado de salud malo o muy malo es mayor en 14.2 puntos porcentuales para un individuo ubicado entre el 50% de la población más pobre, en comparación con la población de mayores ingresos.¹²⁴ La diferencia entre grupos de ingreso se incrementa a 16.3 puntos porcentuales cuando se comparan los medios rural y urbano.

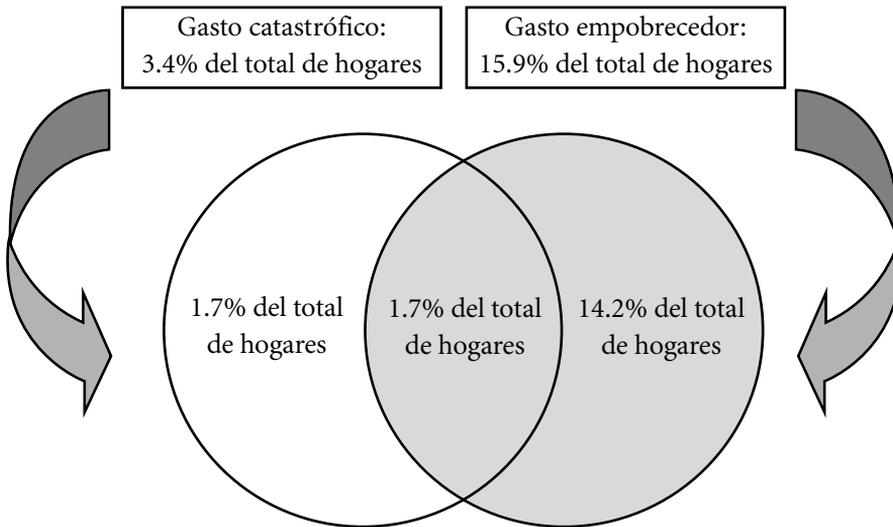
La falta de protección ante riesgos idiosincrásicos de salud provocó que en el 2004 alrededor de 900 mil hogares mexicanos incurrieran en gastos catastróficos y poco más de cuatro millones de familias sufrieran un gasto empobrecedor, es decir que los llevó o los mantuvo por debajo de la línea de pobreza.¹²⁵ Asimismo, 1.7% de familias tuvieron gastos en salud que resultaron tanto catastróficos como empobrecedores (véase figura IV.1).

Además del impacto adverso sobre las familias, la falta de protección social en salud también puede limitar los beneficios terapéuticos en algunos padecimientos. Un ejemplo dramático es el caso de la leucemia linfoblástica aguda en niños, cuyo tratamiento es largo (más de dos años) y sumamente costoso. Veinte de cada 100 pacientes diagnosticados con este padecimiento abandonan el tratamiento en alguna de sus fases, principalmente por falta de recursos para pagar los medicamentos. Se estima que 50% de los abandonos se genera en la fase denominada de “mantenimiento”, es decir cuando el paciente ya ha recibido una serie de cuidados, medicamentos y estudios de laboratorio; el efecto global del tratamiento se ve gravemente menguado y la muerte del paciente es casi segura. En ese momento se han invertido entre \$150,000 y \$170,000 pesos por paciente,

¹²⁴ El ejercicio utilizó datos de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) correspondiente al año 2002 y fue realizado por la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud.

¹²⁵ Estimaciones realizadas con base en los datos ENIGH, 2004.

FIGURA IV.1. Gastos catastróficos y gastos empobrecedores en salud, 2004



NOTA: Total de hogares: 25,845,081

Fuente: Elaborado con base en la ENIGH 2004.

y el beneficio en salud que pudiera haberse obtenido como resultado de esta inversión se pierde.¹²⁶

La composición por rubros del gasto de bolsillo también es indicativa de la falta de protección financiera. De acuerdo a la ENIGH 2002, los hogares del primer decil gastan 1.4 veces más en medicamentos que en consultas, mientras que los hogares del decil de mayor ingreso gastan 4 veces más en consultas que en medicamentos. Los resultados observados para los deciles de menores ingresos pueden explicarse por diferentes causas, entre ellas los costos (monetarios y no monetarios) asociados al acceso a los servicios médicos por falta de un esquema de aseguramiento. En sustitución de la consulta médica las personas recurrirían directamente a las farmacias buscando una solución más inmediata a su problema de salud. También puede ser que estos resultados reflejen la falta de abasto de medicamentos en las unidades médicas, por lo que aun contando

¹²⁶ Estas cifras dependen del nivel de riesgo diagnosticado y pueden incrementarse a más de \$300,000 pesos en el caso de pacientes que hayan sido sujetos de un trasplante de médula ósea. Véase Campos (2004).

con acceso a los servicios públicos la persona debe adquirir los medicamentos por su propia cuenta.

Una mayor participación del gasto en consultas para los deciles de mayores ingresos puede estar asociada a ciertos atributos de la atención médica en el sistema público —largos tiempos de espera o una calidad deficiente, por ejemplo— que hacen que las personas con capacidad de pago prefieran atenderse en el sector privado. En todo caso, independientemente del factor subyacente estos resultados reflejan una deficiencia distributiva en el sistema de salud.

El régimen de seguridad social desarrollado en nuestro país enfrenta serias deficiencias: i) la población beneficiada se encuentra en los deciles medios de la población; ii) el esquema de subsidios es altamente regresivo; iii) en materia de salud todavía se da un énfasis mayor a la atención curativa que a la preventiva, y iv) en materia de pensiones, la seguridad social cubre a una proporción muy reducida de la población de más de 65 años y casi solamente a la población urbana.

En respuesta a estas deficiencias, tanto el gobierno federal como los gobiernos locales (estatales y municipales) han venido desarrollando esquemas de protección. Destaca como ejemplo la estrategia del Programa Oportunidades, que está enfocado a la población de menores ingresos y atiende simultáneamente diversos riesgos. El principal objetivo de Oportunidades es asegurar el capital humano en las primeras etapas de la vida.

El Sistema Nacional de Salud cuenta con programas y esquemas de aseguramiento público que buscan proteger a la población más vulnerable ante riesgos adversos en salud. Por ejemplo, el Programa IMSS-Oportunidades, que cubre a más del 90% de quienes forman parte del primer decil de ingreso, es decir los más pobres, brinda cierto grado de protección en salud a esta población.

En otra vertiente, el Seguro de Salud para la Familia del IMSS es una alternativa donde de manera voluntaria las personas no asalariadas pueden acceder a los beneficios médicos otorgados por la institución. En este caso, sin embargo, se establecen algunas limitaciones en cuanto al tratamiento de padecimientos preexistentes, los plazos antes de los cuales no se proporcionarán algunos servicios médicos y la exclusión de algunas intervenciones.¹²⁷

El Seguro Popular de Salud incorpora un conjunto de beneficios explícitos de atención médica mediante un esquema de prepago subsidiado que al cierre de 2005 protegió financieramente a 11.4 millones de personas. El financiamiento

¹²⁷ Véase el Reglamento de la Ley del Seguro Social en materia de afiliación, clasificación de empresas, recaudación y fiscalización. Diario Oficial de la Federación, 1º de noviembre de 2002.

de este seguro es tripartito, ya que los recursos provienen del gobierno federal, los gobiernos estatales y las familias beneficiarias. Los servicios de salud a la persona se distribuyen en un paquete de servicios esenciales y en un paquete de servicios de alto costo financiado a través de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

En síntesis, resulta evidente la necesidad de ampliar los mecanismos de protección que brinda el Estado. En particular, en materia de salud, se hace impostergable la necesidad de ofrecer un esquema de aseguramiento universal definido como el acceso a los servicios de salud a toda la población, independientemente de su nivel de ingreso o de su situación laboral.

Debe enfatizarse que el aseguramiento en salud se inserta en una estrategia más amplia de protección social y que, por tanto, la cobertura universal en salud es un elemento necesario pero no suficiente para asegurar el bienestar de las familias y para lograr incrementar, de manera estructural, el potencial de crecimiento de la economía.

ELEMENTOS DE UN ESQUEMA DE ASEGURAMIENTO MÉDICO

En la medida en que para financiar un esquema de aseguramiento en salud se utilicen recursos públicos —a través de impuestos generales o mediante un esquema mixto donde se sumen contribuciones a la nómina y recursos fiscales—, se generará una transferencia del resto de la sociedad hacia el grupo afiliado al seguro, así como entre los propios asegurados, principalmente de jóvenes a adultos mayores y de sanos a enfermos. Al instituir transferencias que permitan desvincular el financiamiento del acceso a los servicios, de manera que éste último se determine únicamente por las necesidades de salud, es factible dar un trato igual ante necesidades de salud iguales, independientemente del nivel de ingreso.¹²⁸ Desvincular el monto del prepago de los beneficios otorgados en caso de enfermedad contribuye a promover una mayor equidad en su dimensión horizontal, en tanto individuos con las mismas necesidades de salud tienen acceso a los mismos servicios, independientemente de su nivel de ingreso.

¹²⁸ Por otra parte, la redistribución de ingreso entre ricos y pobres tiene más que ver con la noción vertical de la equidad financiera. Los instrumentos fiscales son los mecanismos más adecuados para llevar a cabo esta redistribución vertical, mientras que los esquemas de aseguramiento se plantean como una opción para promover la equidad horizontal en la asignación de los recursos en salud.

Si a esto se añade la participación de recursos públicos, el aseguramiento contribuye también a una mayor equidad en su dimensión vertical, en tanto el uso de recursos sustentados en la recaudación fiscal permite efectuar transferencias entre hogares con diferentes niveles de ingreso. Esto puede ocurrir de dos formas. En primer lugar, si el financiamiento se efectúa en su totalidad mediante recursos fiscales, las transferencias entre niveles de ingreso tienen su origen en la propia naturaleza progresiva del sistema de recaudación fiscal. En segundo lugar, si el esquema se financia mediante aportaciones individuales, el Estado puede participar con recursos fiscales en el financiamiento subsidiado de los hogares de menores ingresos. En ambos casos, la participación de recursos públicos promueve la equidad vertical, lo que significa que las contribuciones para financiar los servicios de salud se efectúan de acuerdo con la capacidad de pago de los hogares. Cualquiera que sea la modalidad de financiamiento, queda claro que es deseable la participación del Estado.

La participación del gobierno federal permite contar con un sistema de contribuciones más progresivo. En un marco de servicios de salud descentralizado es necesario incorporar además la participación de los gobiernos locales en el esquema de aseguramiento, ya sea en el financiamiento base o en el financiamiento complementario, es decir en el financiamiento de una oferta más amplia de servicios.

El aseguramiento se presta para asociar al financiamiento esquemas de compensación de acuerdo a las necesidades de salud. Por ello se puede afirmar que el aseguramiento, además de ofrecer mayor certeza, también se constituye en un instrumento redistributivo muy valioso para alcanzar las metas de equidad.

La existencia de transferencias (explícitas o implícitas), sin embargo, genera incentivos para asumir un comportamiento adverso al mecanismo de aseguramiento. Esto se explica por la presencia de información asimétrica e incompleta, ante la cual es posible la ocurrencia de fenómenos como el riesgo moral y la selección adversa, que son una fuente de ineficiencia para el sistema. Por otra parte, mayores disparidades en la población, tanto en términos de ingreso como en condiciones de salud, exacerbarían estos problemas. Bajo una cobertura universal por medio de un fondo único de mancomunación de riesgos se elimina el problema derivado de la selección adversa, aunque persisten los incentivos —en tanto el acceso queda desvinculado del financiamiento— para que se genere el problema de “riesgo moral”. Este último suele abordarse mediante el uso de mecanismos para que la población internalice ciertos costos de la atención o mediante el establecimiento de incentivos y mecanismos de

pago a los prestadores de servicios que limiten la demanda innecesaria de servicios y por tanto reduzcan la ineficiencia distributiva.

Aun cuando los esquemas de aseguramiento están expuestos a problemas de selección adversa o riesgo moral, particularmente cuando la población es muy dispar —en condiciones de salud y nivel de ingreso—, las ganancias derivadas de extender el acceso al aseguramiento son mayores, tanto en términos de equidad como de eficiencia, y particularmente cuando la mancomunación se sustenta en un fondo único bajo afiliación obligatoria y cuando el sector público participa de manera significativa para compensar —mediante subsidios explícitos o implícitos— las disparidades en el ingreso de la población.¹²⁹

La mancomunación de riesgos tiende a ser más eficiente cuanto más amplio sea el núcleo de la población que se afilie. Esto pone de relieve la conveniencia de alcanzar una cobertura de aseguramiento universal y de que este servicio sea provisto por el sector público. Así se garantizaría un nivel básico de atención médica para toda la población.

En la lógica de un mercado privado, el objetivo de maximizar las utilidades llevaría a que los aseguradores excluyeran a la población de mayor riesgo (o, en su caso, obligarla a cubrir una prima más elevada). Además, es probable que el costo de prestar la atención médica resultara más elevado y el nivel de salud inferior. Es un hecho que la población de menores ingresos es la que presenta mayor vulnerabilidad ante los riesgos de salud y una manera de resarcirla es ofreciéndole acceso subsidiado a los mecanismos de aseguramiento.

Es importante considerar la factibilidad de un sistema de aseguramiento único, es decir, la existencia de un marco legal y regulatorio único que contemple de manera exhaustiva y general los aspectos de recaudación, mancomunación, pago y provisión de servicios de salud. Esta visión integral estaría orientada a asegurar la cobertura, en su caso universal, de la población, las fuentes de financiamiento, la regulación en cada uno de los aspectos mencionados y la coordinación entre los distintos participantes. El concepto no implica necesariamente que las funciones deba desempeñarlas una sola entidad. Por el contrario, la idea se vuelve particularmente relevante cuando existen múltiples participantes, ya que el sistema único le da coherencia y coordinación a todos los involucrados para alcanzar las metas que explícita e implícitamente se le confieran al sistema. La ventaja de contar con un fondo único de riesgos radica en la creación de un

¹²⁹ Dejando para el nivel de la prestación de servicios la posibilidad de que los hogares hagan efectiva su libertad para elegir al prestador de los mismos.

fondo de mancomunación del mayor tamaño posible, logrando así una mejor compensación de los riesgos.

De acuerdo con la evidencia internacional, entre las ventajas operativas de un sistema único destacan: mejor compensación de riesgos; mayor transparencia en el uso de recursos financieros; reducción de costos administrativos; homologación del sistema de compra de servicios, y mejor utilización de la infraestructura.

En un sistema fragmentado en el que intervienen diversas instituciones sin relación entre sí, como es el caso del sistema de salud mexicano, existen ventajas adicionales de la mancomunación bajo un esquema único o integrado a nivel nacional, tales como: la portabilidad de derechos cuando los afiliados se muevan geográficamente o de sector laboral; la homologación de la contribución gubernamental, del modelo de atención y de la calidad de los servicios, y la creación de reservas actuariales y financieras. Sería necesario establecer claramente las reglas y responsabilidades de los gobiernos estatales y municipales, que deben ser congruentes con las reglas de financiamiento de un sistema integrado.¹³⁰

Una estrategia encaminada al esquema de aseguramiento único debe definir tanto el nivel de las aportaciones como la oferta de beneficios, decidiendo si se homologarán al nivel más bajo de oferta o al más elevado. En el caso de que fuera el nivel más bajo, sería necesario reconocer explícitamente que a un segmento de la población se le reducirán los beneficios y, por lo mismo, tomar en cuenta las repercusiones de índole social y política. En el caso opuesto habría que atender las repercusiones financieras. Así, la decisión sobre cómo homologar debe tomar en cuenta factores externos al ámbito estricto de la salud.

El aseguramiento privado, por su parte, suele estar solamente al alcance de la población de mayores ingresos, por lo que su papel puede ser complementario mediante la cobertura de aquellos riesgos de salud no cubiertos por el esquema de aseguramiento público. Esto sucede de hecho en la práctica, aunque con una participación muy pequeña con respecto al tamaño del sector.

¹³⁰ La existencia de un sistema único implicaría la homologación paulatina de las contribuciones realizadas por el Gobierno Federal (tanto a los institutos de la seguridad social como las que otorga a los servicios para la población no asegurada), a fin de cerrar la brecha en montos que actualmente existe. Asimismo, se debe buscar que la contribución de las personas sea obligatoria para todos, sujeta a un esquema progresivo que incluya subsidios para quienes no pueden aportar, impulsando así el crecimiento de los pagos anticipados y la disminución del gasto de bolsillo. El uso de la obligatoriedad en el pago de contribuciones requiere establecer otro tipo de mecanismos que permitan a los afiliados cierto grado de elección en cuanto a prestadores de servicios con objeto de promover mayor competencia entre los prestadores de servicios y con ello, fomentar una asignación más eficiente desde el punto de vista distributivo, así como una mayor calidad de los mismos.

Dado que otra de las ventajas del aseguramiento médico es que permite distinguir el financiamiento y la mancomunación de riesgos de la provisión de servicios, el sector privado tiene un papel potencial significativo que puede ser reforzado bajo un esquema universal de aseguramiento en el que exista mayor flexibilidad para efectuar la compra de servicios a diferentes proveedores. Promover la participación privada en mayor medida y bajo una mayor coordinación con la red de prestadores públicos requiere de reglas y criterios explícitos, así como del diseño de métodos de pago a prestadores que eviten el exceso en la utilización de los servicios (servicios provistos innecesariamente) y garanticen el cumplimiento de estándares mínimos de calidad.

En su forma actual el sistema mexicano de salud no cumple aún con las condiciones deseables de un esquema de aseguramiento, aunque presenta iniciativas de aseguramiento voluntario que hacen posible avanzar de manera paulatina hacia el modelo buscado. Como ya se ha mencionado, con el establecimiento del Seguro Popular de Salud ya se ha logrado asegurar a alrededor de una quinta parte de las personas que anteriormente carecían de protección financiera contra riesgos de salud. Este esquema de aseguramiento muestra también algunos elementos que pueden permitir avanzar hacia una separación efectiva del financiamiento y la provisión de servicios de salud. En este caso el Gobierno Federal opera significativamente como un asegurador, mientras que los gobiernos estatales adquieren el papel de administradores y proveedores. Sin embargo, no se observa de manera generalizada un mecanismo similar para el flujo de recursos desde los gobiernos estatales hacia las unidades médicas, que son las prestadoras directas de los servicios de salud. Para que la separación entre financiamiento y provisión de servicios derive en una mayor correlación entre recursos públicos y necesidades de salud, el Seguro Popular debe madurar hasta que los mecanismos de transferencia de recursos desde su origen y hasta llegar a las unidades médicas queden perfectamente definidos.

Más aún, un mecanismo de pagos claro y eficiente haría más fácil transitar en el futuro hacia un fondo único de financiamiento. La existencia de un fondo de financiamiento mancomunado es posible incluso ante la fragmentación del sistema de salud en varias instituciones, pero para esto es necesario establecer

¹³¹ Cabe mencionar que el sistema actual del IMSS podría constituir un sistema de cobertura universal si las regulaciones fueran ideales y el mercado fuese perfecto. Si bien el reto de las políticas públicas es lograr un aseguramiento universal, se requiere además analizar las características del mercado de trabajo y sus regulaciones, para no correr el riesgo de una fragmentación de los sistemas de seguridad social y generar incentivos perversos.

también mecanismos claros de portabilidad de beneficios entre los diferentes sistemas de aseguramiento que conforman la protección social en salud.¹³¹

La universalidad en la cobertura requiere que la población actualmente no asegurada tenga acceso a un esquema formal de aseguramiento con financiamiento predominantemente público. Esto representaría un avance importante hacia la consolidación o agregación de riesgos. La canalización de una buena parte del gasto de bolsillo a través de un esquema formal de prepago implica una mejora significativa para minimizar el riesgo de salud al que las familias están actualmente expuestas.

ALCANCE DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD: INTERVENCIONES CUBIERTAS

El grado de protección social depende en gran medida de los eventos en salud que sean efectivamente cubiertos mediante un paquete explícito de beneficios, por lo que es necesario considerar el concepto de aseguramiento mínimo. La meta de ofrecer un aseguramiento integral con una cobertura ilimitada de servicios se enfrenta a la escasez de recursos financieros, obligando a las autoridades de salud a asignar los recursos de distintas formas: restringiendo la cobertura, restringiendo el número de servicios, o ambos a la vez. Para maximizar la eficiencia en la utilización de los recursos disponibles hay que definir una estrategia. La OMS ha sugerido pasar del Universalismo Clásico que postula “todo para todos”, es decir, acceso gratuito a toda clase de atención médica para todas las personas, al concepto de Nuevo Universalismo: si se van a proveer servicios para todos, entonces no todos los servicios pueden ser cubiertos. En este caso, los servicios deben ser provistos con base en las necesidades de la población a través de un paquete explícito de intervenciones.

El debate sobre las ventajas y desventajas de ofrecer beneficios ilimitados o un paquete definido de servicios es complejo y gira en torno a temas de equidad en el acceso y de costos, entre otros.

Bajo un conjunto de beneficios ilimitados, cualquier padecimiento puede ser cubierto y, por tanto, los usuarios podrán recibir potencialmente servicios complementarios a su padecimiento central. Dependiendo del perfil epidemiológico de cada región geográfica y de cada segmento de la población, los “compradores” o incluso los “prestadores de servicios” pueden determinar la mejor

combinación que atienda las necesidades de los usuarios. Esto implica también que la demanda de servicios no es estática en el tiempo y que las variaciones en el paquete de intervenciones obedecen a causas no siempre bajo el control de las autoridades de salud. En una cobertura universal la oferta de servicios se podría adaptar a las necesidades de cada momento y, mientras se determine un techo presupuestal para la atención médica, se podría lograr un mayor control de los costos de atención y obligar a los compradores y a los proveedores a mejorar su nivel de eficiencia.

Por su parte, en el caso de un conjunto de beneficios explícitamente definidos —suponiendo que el paquete mínimo de intervenciones se define por el costo-beneficio social de los servicios cubiertos y por los esquemas de atención médica—, se podría lograr que toda la población tuviese las mismas oportunidades en materia de salud. En relación con los esquemas actuales de utilización de servicios de salud, se lograría una distribución más progresiva de los recursos. Al limitar el tipo y número de servicios cubiertos es posible generar economías de escala y, consecuentemente, reducir el costo total de la atención. También es más fácil determinar el papel de los servicios de aseguramiento públicos y privados, simplificar procesos —tales como la planeación, el monitoreo y la supervisión—, y finalmente dar una mayor certeza sobre los derechos de los afiliados.

El establecimiento de un paquete definido, más que disminuir intervenciones tiene como objetivo incluir a un mayor número de personas, y no debe pensarse que las intervenciones no incluidas serán eliminadas: simplemente el sistema priorizaría la canalización de recursos a aquellas intervenciones más costo-efectivas y que respondan en mayor medida a las necesidades de salud de la población, dejando para fondos complementarios la cobertura de las intervenciones no priorizadas.

La ventaja de tener un paquete de las intervenciones más costo-efectivas es que permite garantizar que sean accesibles a toda la población, es decir, permite operar el principio de universalidad. En países con niveles de ingresos medios o bajos el paquete de intervenciones que puede ofrecerse a toda la población será necesariamente limitado, por lo que habrá que considerar la posibilidad de ofrecer esquemas complementarios cuya afiliación (y contribución) sea voluntaria. Estos esquemas complementarios, a su vez, podrían recibir un subsidio diferenciado por parte del Estado, de modo que propicie el acceso a estos servicios de la población más vulnerable o la que es más susceptible de caer en trampas de pobreza.

La definición de un paquete de servicios requiere de una evaluación periódica de las prioridades de atención de la salud. Esta evaluación debe hacerse a la luz de los avances científicos y tecnológicos, la actualización de los profesionales, la disponibilidad de recursos para invertir en salud, las condiciones económicas de la población, los cambios en el perfil epidemiológico y el cambio de las preferencias sociales. La experiencia de países latinoamericanos como Colombia y Chile ilustra la flexibilidad que se debe considerar al adaptar un ejercicio de priorización de intervenciones explícitamente definidas a las características del sistema de aseguramiento.¹³²

La agrupación de intervenciones permite asignar los recursos disponibles bajo criterios de eficiencia distributiva, en tanto se identifican sinergias entre la atención curativa y las actividades de prevención. También permite hacer un mejor uso de los recursos especializados, identificando a los pacientes que requieren determinadas intervenciones en el primer nivel de atención de modo que sólo aquéllos que realmente lo requieren sean referidos a un nivel de atención más complejo.

La selección de intervenciones y la conformación de un paquete debe considerar tres etapas:

- Análisis cuantitativo de la carga de morbilidad, preferiblemente a través de un indicador único. Normalmente las pérdidas ocasionadas por la discapacidad o la mortalidad prematura se podrían estimar mediante un desglose de las causas inmediatas (enfermedades), sexo y edad.
- Análisis costo-beneficio de las intervenciones disponibles para combatir las enfermedades que provocan las mayores pérdidas en salud.
- Elaboración de la lista de intervenciones seleccionadas de acuerdo a los criterios anteriores que podrán ser provistas con sujeción al presupuesto.

El paquete mejor diseñado es el resultado de la estimación de la carga de la enfermedad y del análisis costo-beneficio de las intervenciones. El tiempo necesario para estimar la carga total de la enfermedad puede ser prolongado, aun

¹³² En el caso de Colombia se cuenta con dos paquetes mínimos de servicios para cada uno de los regímenes de aseguramiento existentes: el régimen contributivo sustentado en contribuciones por nómina y el subsidiado por el gobierno. En el primer caso el paquete es un poco más amplio y la población tiene la posibilidad de pagar para acceder a un paquete de intervenciones más extenso. En el caso de Chile, la cobertura de intervenciones y el uso de mecanismos de copago por servicio dependen de la utilización del esquema de atención público institucional o del esquema financiado en el sector privado a través de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Ante un importante grado de desigualdad observado en el acceso a ciertos servicios, el sistema chileno ha establecido recientemente el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas de Salud (Plan AUGE) como forma de garantizar un conjunto básico de servicios para toda la población.

contando con información de mortalidad y morbilidad. Ante la falta de este tipo de información, una estimación indirecta que se puede usar como aproximación provisional es la carga de enfermedad de una región, ajustada para un país en particular. En lo que se refiere al costo, es importante realizar por lo menos estimaciones locales para las intervenciones más importantes. Aun con información disponible este proceso también puede llevar tiempo. Sin embargo, dado el dinamismo requerido en la configuración de un paquete de servicios esenciales, es posible iniciar su instrumentación con métodos indirectos de estimación. La experiencia internacional indica que conforme se ponen en práctica este tipo de medidas, se establecen incentivos para generar más y mejor información de manera progresiva, lo que permite retroalimentar y mejorar el proceso de configuración del paquete.

No todas las intervenciones que se identifican como necesarias pueden proveerse en el corto plazo, ya que deben cumplirse otros requisitos para garantizar la viabilidad de este tipo de política. Entre estos requisitos es necesario que las intervenciones se practiquen con un grado mínimo de calidad, que estén al alcance de toda o casi toda la población dentro del presupuesto proyectado, y que las intervenciones seleccionadas cuenten con aceptación social y política. Esto implica que es necesario establecer una fase de transición o gradualidad en la incorporación de intervenciones.¹³³

La preocupación por el diseño de un paquete mínimo o de servicios esenciales, se deriva de los esfuerzos por determinar las prioridades del sector salud y hacer al mismo tiempo más eficiente el uso de los recursos destinado al sector.

En el caso de las instituciones de seguridad social, el aseguramiento es integral (cuadro IV.1) y no se hace referencia explícita a un paquete de intervenciones. Los servicios cubiertos se sustentan en un modelo de atención por niveles, conectados a través de un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes en la red de prestadores de servicios. Los niveles de atención son los siguientes:

- Primer nivel: proporciona servicios de prevención a la salud y atención ambulatoria.
- Segundo nivel: la atención se otorga en hospitales, con servicios ambulatorios y de internamiento.
- Tercer nivel: se brinda atención especializada de alta complejidad.

¹³³ Ejemplo de ello es la reciente conformación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos comprendido en el Seguro Popular de Salud, donde a medida que se cuente con mayor disponibilidad de recursos será posible incorporar un mayor número de intervenciones a aquellas cubiertas por el fondo.

CUADRO IV.1. Cobertura de los esquemas de aseguramiento público, 2004

<i>Institución</i>	<i>Servicios médicos cubiertos</i>
IMSS	Asistencia médica quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria desde el comienzo de la enfermedad y hasta 52 semanas de duración para el mismo padecimiento.
ISSSTE	Atención médica de diagnóstico, odontología quirúrgica, farmacéutica, hospitalaria y de rehabilitación que sea necesaria desde el comienzo de la enfermedad y hasta 52 semanas de duración para el mismo padecimiento.
ISSFAM	Atención médica quirúrgica que incluye asistencia hospitalaria y farmacéutica necesaria y en su caso obstétrica, prótesis y ortopedia y rehabilitación de los incapacitados, así como medicina preventiva y social y la educación higiénica.
Seguro popular	El Catálogo de Servicios Esenciales incluye 91 intervenciones médicas y 165 medicamentos y vacunas asociadas. Adicionalmente, mediante el Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos se cubren 6 intervenciones (cáncer cérvico-uterino, leucemia linfoblástica aguda en niños, antirretrovirales para pacientes con VIH/SIDA, atención neonatal que comprende: prematuridad, sepsis del prematuro e insuficiencia respiratoria).
Seguro de salud para la familia del IMSS	Los beneficios son casi iguales a los del régimen ordinario del IMSS, pero no aceptan a quienes tienen enfermedades preexistentes y limita ciertas intervenciones quirúrgicas y tratamientos costosos en los primeros años.

FUENTE: Elaborado con base en Noriega (2004).

En el caso del Seguro de Salud para la Familia del IMSS las reglas para la prestación de servicios son similares a las del régimen ordinario de la seguridad social, aunque los beneficios otorgados son menores. Por su parte, el Seguro Popular de Salud cuenta con un paquete de intervenciones y medicamentos explícitamente definidos. Los Institutos Nacionales de Salud, coordinados por la Secretaría de Salud, prestan atención médica de alta calidad, pero el beneficio social de sus acciones se ve limitado por la práctica de permitir a los pacientes el acceso directo a los servicios, sin pasar por un sistema de referencia y contrarreferencia vinculado a la atención primaria y los servicios de hospitalización general.

Dada la diversidad de programas y esquemas de aseguramiento y prestación de servicios en el sistema mexicano de salud, un paso fundamental para acompañar la reformulación del esquema de financiamiento del sector es plantear un conjunto de intervenciones esenciales homogéneo y en común para toda la población. Es posible definir paquetes “ampliados” que permitan contar con intervenciones adicionales, pero conservando un paquete mínimo para todos. En su momento se dará el gran paso de ampliar los paquetes actualmente diseñados para combatir los principales factores adversos de la salud en las poblaciones más pobres, a fin de incorporar otras intervenciones (por ejemplo, cierta atención hospitalaria) que estén directamente vinculadas al impacto negativo de los gastos de bolsillo.

Cada país tiene su propia manera de concebir, gestionar y financiar su sistema de salud.¹³⁴ No existe un sistema ideal. No obstante —a partir del análisis de la inversión en salud y de las consecuencias adversas de la falta de aseguramiento médico universal— es posible identificar mecanismos que permitan extender a toda la población la protección ante riesgos de salud, tomando en cuenta la estructura organizativa del sistema y sus objetivos, así como otras características específicas del contexto mexicano.

Entre los retos que deben enfrentarse para aprovechar al máximo la relación salud-desarrollo económico están los siguientes: mejorar los indicadores de salud, reducir las brechas en estos indicadores conforme a las metas planteadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y extender la protección de los hogares ante riesgos de salud. La respuesta más adecuada a estos retos apunta al pago de contribuciones independientes del riesgo en salud por parte de los beneficia-

¹³⁴ Véase OMS (2000).

rios, a elaborar un esquema de mancomunación de riesgos lo más amplio posible, y a contar con una importante participación de recursos públicos.

Si bien algunos autores argumentan que incrementos en el gasto público en salud tienen un impacto pequeño en los indicadores de salud, la evidencia más reciente sugiere que un aumento en la inversión pública en este rubro puede hacer una diferencia importante cuando los recursos se utilizan para incrementar la eficiencia distributiva, ya sea mediante una reasignación de recursos hacia actividades e intervenciones que generan mayores ganancias en salud o hacia grupos específicos de la población.¹³⁵

Estimaciones realizadas con base en el índice de Evaluación de Políticas e Instituciones de los Países del BM (CPIA, por sus siglas en inglés) señalan que conforme las políticas y las instituciones mejoran, la elasticidad de los indicadores de salud —incluyendo mortalidad materna e infantil— ante incrementos en el gasto público en salud aumenta en valor absoluto. Esto significa que el gasto gubernamental en salud tiene un mayor impacto en aquellos países que cuentan con un mayor nivel de “buen gobierno” (governance). Según el Banco Mundial, países con un índice de calidad de las instituciones igual a la media (3.5 en una escala del 1 al 5) podrían esperar, en promedio, que un incremento de 10% en el gasto público en salud como proporción del PIB estaría asociado a una reducción de 7% en la tasa de mortalidad materna, una reducción de 0.69% en la mortalidad en menores de cinco años, y una disminución de 4.14% en el bajo peso para niños menores de cinco años.¹³⁶ Estas elasticidades consideran que la composición del gasto por programas se mantiene igual, es decir, incrementos en el gasto equivalen simplemente a un incremento proporcional en el conjunto de programas e intervenciones existentes, y no dicen nada sobre el impacto que se obtendría si los incrementos en el gasto público se utilizaran de forma diferente, por ejemplo mediante un mayor financiamiento de servicios con base en la demanda.

De esta forma, el aseguramiento médico aunado a un incremento en el gasto público podrían tener un mayor efecto sobre los indicadores de salud y por tanto coadyuvar al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de dos maneras: por un lado se subsidia el acceso a un mecanismo de asegura-

¹³⁵ Véase Banco Mundial (2003).

¹³⁶ El valor de 3.5 corresponde a la media ponderada del CPIA para el conjunto de países analizados, donde se incluyen países en desarrollo y países industrializados a los cuales se les asignó el valor máximo del índice (5.0), Banco Mundial (2003).

miento para la población de menores ingresos, y por otra parte los servicios serían provistos con base en las necesidades de la población a través de un paquete explícito de servicios.

El análisis del aseguramiento médico presentado en este capítulo parte de la premisa de que el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el aprovechamiento cabal de la relación salud-desarrollo, requieren no sólo de un incremento en el gasto público en salud sino de un análisis más completo de la forma en que opera el sistema de salud. En ese sentido, se planteó el aseguramiento médico como una forma plausible de abordar los problemas de nivel, composición y distribución de la inversión en salud, y extender la protección contra riesgos idiosincrásicos en salud. Entre las características deseables de un esquema de este tipo se encuentra la posibilidad de conformar un fondo único de mancomunación de riesgos con una importante participación del sector público en el financiamiento del mismo. Sin embargo, además de los idiosincrásicos, existen otros riesgos en salud asociados con la provisión de bienes públicos. Proteger a la población en estos casos, requiere del uso de otros mecanismos, como se verá en el capítulo V.

V. BIENES PÚBLICOS PARA LA SALUD

ADEMÁS DE LA PROTECCIÓN destinada a contrarrestar los riesgos que una persona enfrenta en lo individual, también es necesario considerar la protección contra los riesgos adversos a la salud que afectan, no a un individuo en particular sino a un grupo de individuos. Un claro ejemplo de este tipo de riesgos sistémicos es el surgimiento de una epidemia por algún agente infeccioso. En este caso, una de las formas de protección disponibles consiste en la vigilancia epidemiológica y la prevención a través de la vacunación. La naturaleza y el alcance de los riesgos agregados de salud requiere de respuestas que van más allá del aseguramiento de la salud individual. La frecuente presencia de externalidades en la toma de decisiones con respecto a estos riesgos acentúa la necesidad de contar con mecanismos eficientes y equitativos para el financiamiento y la provisión de bienes públicos de salud.

Es importante analizar el conjunto de bienes públicos con que cuenta el país, su impacto en términos de la contribución al desarrollo económico, la medida en que su propia naturaleza hace que la inversión en ellos pueda ser subóptima, y el reto que implica financiar el establecimiento de este tipo de bienes.

La principal diferencia entre un sistema de salud desarrollado y uno que no lo es, radica en la importante presencia de bienes públicos que permiten el desarrollo de nuevos tratamientos, el acceso a los mismos, los flujos de información para la investigación y la prevención, así como una infraestructura que privilegia la prevención sobre el tratamiento. Un sistema moderno de salud intensivo en bienes públicos no solamente redundaría en una mejor salud, sino que se convierte, a través de varios mecanismos de transmisión, en promotor del desarrollo. Es a través de la provisión de bienes públicos que se corrige la falta de información (generación y transmisión), la falta de protección contra riesgos (agua potable y servicios de saneamiento) y la subprovisión del conocimiento (el derecho a la propiedad intelectual), todo lo cual redundaría en una mejor salud y un mayor desarrollo económico.

Cabe señalar que algunos de los bienes de salud pueden resultar de políticas saludables no necesariamente del sector salud. En el inventario de bienes públi-

cos se incluyen algunos temas que pueden contribuir a la salud pero que no caen solamente bajo las responsabilidades de la Secretaría de Salud: agua potable, medio ambiente, seguridad en el trabajo, prevención de accidentes y otros.

La salud de los individuos y de la población en general depende de insumos privados y públicos. Una persona puede mejorar su salud al alimentarse adecuadamente, hacer ejercicio y evitar los hábitos nocivos, como el tabaquismo y las conductas riesgosas. Aun cuando la oferta de insumos privados sea óptima, los bienes públicos desempeñan un papel clave en la generación de buena salud. En la ausencia de una oferta amplia de bienes públicos —por ejemplo la vigilancia epidemiológica, la reducción de la contaminación del aire y del agua y un ambiente seguro en el trabajo— los bienes privados no son suficientes para asegurar un buen estado de salud ni para evitar los riesgos que pueden afectarlo.

Como quedó establecido en el capítulo I, hay una relación causal y positiva entre la salud y el desarrollo económico. La contribución de la salud a la generación de valor se da tanto en términos absolutos como en la afectación de las tasas de crecimiento. Más aún, un sistema de salud exitoso puede ayudar a eliminar las trampas de pobreza.

Los bienes públicos juegan un papel muy importante en la relación entre salud y crecimiento, ya que representan la infraestructura social, institucional, jurídica, tecnológica, física y económica que da como resultado un sistema de salud moderno. Solamente con la adopción de una infraestructura moderna en salud pueden aprovecharse muchos de los rendimientos crecientes que permiten superar las trampas de pobreza y aspirar a un equilibrio superior en términos de ingreso y bienestar. La expansión de los bienes públicos del sector salud tiene la ventaja adicional de que ayuda a cerrar las brechas existentes en términos de distribución de beneficios, ya que para alcanzar la no exclusividad, se requiere aspirar a servicios universales.

La cantidad y la calidad de los bienes públicos son un barómetro del nivel de desarrollo de un país. Los países más avanzados, por ejemplo, tienen leyes que obligan a la creación de una infraestructura para los discapacitados, y este sistema se considera un bien público. En todos los lugares se encuentra la infraestructura (rampas, baños del tamaño adecuado, lugares de estacionamiento) que permite a los discapacitados ser miembros productivos de la sociedad. No es la infraestructura en sí lo que constituye el bien público, dado que muestra tanto rivalidad como exclusividad, sino el sistema reglamentario que obliga a su creación y asegura su universalidad.

Los bienes públicos son importantes para todos los estratos sociales. Frecuentemente es la oferta de bienes públicos, tanto en el ámbito de la salud como en las demás áreas, la que produce condiciones de vida atractivas y un ambiente de inversión favorable. Kaul y Mendoza (2003) describen esta situación de la siguiente manera:

“Los mercados y los estados son dos de los mecanismos de una sociedad que coordinan la actividad económica. Cada uno juega un papel en la provisión de bienes privados y públicos. Aun las vidas de la gente más rica dependen de este balance. Es difícil disfrutar de la riqueza cuando uno está rodeado de crimen, violencia, conflictos políticos, enfermedades transmisibles o volatilidad financiera. Así, bienes públicos complementan bienes privados. De la misma manera, es difícil salir de la pobreza si no existe un consenso sobre el respeto a la vida humana —la necesidad de tomar agua potable, ingerir alimentos seguros, disfrutar de la seguridad. [...] Una vida decente depende de la existencia de estos bienes en el dominio público, disponibles para el consumo de todos.”

En el sector salud la creación de bienes públicos está íntimamente ligada al desarrollo, ya que impactan el crecimiento a través de distintos mecanismos de transmisión, unos más directos que otros. Entre ellos, se pueden señalar los siguientes:

- *Incremento en la productividad laboral.* Un número importante de bienes públicos incrementan la productividad. Por ejemplo, todos aquellos que reducen la incidencia de las enfermedades, como son el control de las causas de enfermedades transmisibles, el mecanismo para la distribución de micronutrientes y las campañas de información sobre la buena salud.

- *Ahorros en gasto en salud e incremento en la productividad en el sector.* Un sistema de salud moderno debe promover el desarrollo tecnológico, debe contar con sistemas de información estandarizados y eficaces, debe permitir la evaluación de la provisión de servicios de salud y debe diseminar las mejores prácticas. Todos estos son bienes públicos que resultan en importantes ahorros en el gasto del sector salud y que pueden ser reasignados a otros propósitos e impulsar el crecimiento.

- *Aumento del atractivo de inversión en el capital humano, incremento de la longevidad de los trabajadores y una menor tasa de depreciación de tal inversión.* La inversión en capital humano requiere un retorno suficientemente alto para cubrir el monto original de la inversión. En la medida en que las personas sean saludables vale más la pena invertir en su capacidad para el futuro. Hay varios

bienes públicos que aumentan el atractivo a la acumulación de capital humano: la ausencia de enfermedades, el control epidemiológico, el control de las causas de las enfermedades transmisibles, los alimentos inocuos, la seguridad en el trabajo, la investigación y el desarrollo para nuevos tratamientos, los sistemas de agua potable.

- *Fomento al desarrollo tecnológico.* Las mejoras tecnológicas son probablemente la principal fuente del crecimiento económico. Hay una serie de bienes públicos de salud que fomentan el desarrollo tecnológico: los sistemas de información estandarizados, la protección a la propiedad intelectual, el conocimiento de tratamientos nuevos, el descubrimiento y diseminación de nuevas tecnologías.

- *Mejor ambiente de inversión.* Uno de los obstáculos a los flujos de inversión directa es la ausencia de una infraestructura moderna. Esto es particularmente cierto en el caso de la salud. Es difícil imaginar grandes proyectos de inversión en regiones con altos índices epidemiológicos o en lugares donde no se puede atender la salud pronta y adecuadamente. Los bienes públicos proveen esta infraestructura del sector salud que hacen a un país o una región más atractivos a la inversión. Por supuesto, los incrementos en la inversión inciden en el crecimiento y en el incremento a la productividad a través de la nueva incorporación de tecnologías. De la misma manera, estos factores impactan significativamente el atractivo turístico de una región. Además, un sistema de salud generalizado permite una distribución de los recursos productivos más descentralizada y óptima, así como una mayor movilidad laboral, lo que contribuye al crecimiento y el desarrollo sustentable.

- *Expansión del tamaño del mercado.* En ausencia de información confiable, los mercados no alcanzan su tamaño óptimo y se reducen las posibilidades de crecimiento. Una serie de bienes públicos permiten la expansión del mercado: el acceso a la alimentación inocua y al agua potable, los sistemas de información estandarizada que permiten tanto la investigación como la evaluación de los centros de salud, los sistemas que aseguran la calidad de los servicios, y las campañas de información. En la medida en que hay certeza sobre la calidad de los alimentos, el agua y los servicios médicos, se expande significativamente el consumo de equilibrio.

- *Infraestructura para discapacitados.* Un sistema que haga posible y fomente la actividad laboral de las personas con discapacidades, a pesar de su costo, también puede hacer una contribución al crecimiento, ya que permite la utiliza-

ción de recursos laborales previamente sin usar y disminuye el costo social que implica el apoyo a discapacitados sin posibilidades de trabajo.

LA NATURALEZA DEL BIEN PÚBLICO

Desde el punto de vista económico, un bien público se distingue de un bien privado por el hecho de que el accionar del mercado resulta en una provisión insuficiente y subóptima del bien. La subprovisión resulta de que el bien público no presenta rivalidad ni exclusividad. Si un bien no presenta rivalidad, el costo marginal de proveerlo a un consumidor adicional es cero para cualquier nivel de producción. Un bien no es exclusivo cuando no se puede evitar que la gente lo use. En ausencia de rivalidad y exclusividad es prácticamente imposible determinar la voluntad de pago para la obtención del bien, por lo que para el mercado no se puede fijar la cantidad óptima que iguale oferta y demanda. Para resolver la provisión subóptima de bienes públicos es necesario la intervención coordinada de la sociedad, generalmente a través de la acción gubernamental. Un ejemplo clásico de un bien público es, por ejemplo, los fuegos artificiales. Una vez que se lanzan, no cuesta nada adicional tener una persona más observándolos y tampoco se puede evitar que sean observados. En el ámbito de la salud, un ejemplo de bien público es una campaña que fomente los buenos hábitos alimenticios.

En teoría, en un mercado eficiente el costo marginal de producción de un bien debe igualar al beneficio marginal del bien para llegar a un nivel de producción óptimo. Si el costo marginal social y el costo marginal privado son iguales y no hay externalidades, el nivel de producción del bien o servicio es eficiente. Sin embargo, cuando se dan externalidades positivas que generan un beneficio marginal social mayor al privado, el gobierno debe promover la producción de dicho bien. En el caso en que se presentan externalidades negativas, que implican un costo marginal social mayor al privado, el gobierno debe limitar la producción del bien para alcanzar al socialmente óptimo. En el fondo, el principal problema de los bienes públicos es que, aunque proveen beneficios para todos, nadie tiene los incentivos para sufragarlos en relación al beneficio que se recibe.

En la práctica, existe una confusión sobre la naturaleza de los bienes públicos. Generalmente se les asocia a los bienes que provee el Estado, sin considerar su naturaleza en materia de rivalidad y exclusividad. Por ejemplo, el consumo individual de la vacuna contra la polio es un bien privado, aunque sea provisto

por el gobierno. El costo marginal de suministrarle la vacuna a otra persona es mayor a cero, lo que implica una rivalidad, y además se puede excluir a ciertas personas, por ejemplo a través del precio o en virtud de su localización. El bien privado de la vacuna es a menudo confundido con el bien público de la erradicación de la polio, que no presenta rivalidad ni exclusividad puesto que todo el mundo disfruta la erradicación sin incurrir en costos adicionales.

En realidad existen muy pocos bienes públicos puros, es decir, que no presentan ninguna exclusividad ni rivalidad. Existen bienes con diferentes grados de rivalidad y exclusividad, entre los que se encuentran los bienes comunes, los bienes club y los bienes privados. Para realizar un análisis de los bienes públicos es importante tomar en cuenta sus características específicas para poder determinar la mejor forma de producirlos.

Un bien común presenta rivalidad pero no exclusividad, lo que significa que el consumo por parte de una persona puede evitar que lo consuma otra persona. Por ejemplo, en una campaña de vacunación gratuita no se excluye a nadie pero, puesto que el costo marginal de producción aumenta con cada paciente adicional, sí presenta rivalidad. Por el contrario, un bien club no presenta rivalidad pero sí exclusividad, como sucede con las patentes. En este caso la patente transforma un bien inherentemente público, como es el conocimiento en un bien con exclusividad. Finalmente, un bien privado, como el consumo de un medicamento, presenta rivalidad y exclusividad.

Los bienes públicos pueden ser globales, regionales o nacionales. Un bien público nacional se da en el ámbito de un país, un bien regional involucra a varios países de una zona geográfica, y un bien global concierne al mundo entero. Lógicamente, entre más actores tengan que ponerse de acuerdo para financiar y crear un bien público, más difícil será lograr el objetivo, dadas las diferentes capacidades de pago y los diferentes intereses que puedan estar involucrados.

Recientemente ha surgido gran interés sobre el tema de los bienes públicos globales. El Banco Mundial define un bien público internacional como aquel que ofrece utilidad y que, en principio, está disponible para todo el mundo (Ferroni y Mody, 2002). Dado que no existe ningún gobierno global que se preocupe por el bienestar del planeta, el tema de los bienes públicos es cada día más relevante por el fenómeno de la globalización. Un ejemplo claro de un bien público global del sector salud es la protección de la capa del ozono. Proteger la capa de ozono de un mayor deterioro beneficia a todos los países del mundo. Sin embargo, aquí se enfrenta el clásico dilema del “comportamiento oportunista”

(*free rider* en inglés). Es decir, muchos países no están dispuestos a pagar los costos de proteger la capa de ozono, pero sí esperan beneficiarse de las inversiones que realicen otros.

Los problemas globales son complejos, ya que es necesario pactar con muchos actores, cada uno con diferentes intereses y capacidades de pago, para llegar a un acuerdo. Aunque a menor escala, la producción de bienes públicos también enfrenta problemas en el ámbito nacional.

Los bienes públicos a escala nacional son, en teoría, más fáciles de crear, por la capacidad del gobierno de generar el bien a través de una ley o a través del financiamiento de un proyecto específico. Para difundir una campaña nacional en contra del consumo de tabaco, se requiere coordinar los esfuerzos de todos los estados. En general resulta más difícil y más costoso hacer llegar la información a las comunidades más aisladas en zonas rurales. El gobierno federal debe tomar en cuenta estos factores al diseñar sus programas, de tal forma que las zonas menos favorecidas también reciban los beneficios de la provisión de bienes públicos y se limite la exclusión.

También es importante tomar en cuenta que en muchos casos la creación de bienes públicos que mejoran la salud no corresponden solamente al sector salud sino que pueden resultar de otro tipo de políticas o iniciativas que podemos calificar como saludables. Aquí se encuentra uno de los principales desafíos en la creación de bienes públicos: la coordinación administrativa del gobierno mismo. Por ejemplo, para garantizar un sistema que provea agua potable y servicios de saneamiento, hay que asegurar la cooperación de diversas dependencias tanto a nivel federal como estatal y municipal. En términos de la asignación de recursos habría que estudiar más a fondo cómo coordinar esfuerzos en la producción de bienes públicos de la salud para evitar la duplicación de esfuerzos y maximizar el retorno de las inversiones.

Hirshleifer (1983) describe tres métodos para la generación de bienes públicos:

- *Tiro de precisión*. El resultado colectivo es igual al mayor esfuerzo del miembro del grupo mejor posicionado para lograr el éxito, generalmente para proyectos con altos costos fijos. Tiene más sentido que un país con recursos y tecnología instale un laboratorio para encontrar la cura para una enfermedad grave —por las ventajas comparativas y economías de escala que ofrece— y no que cada país gaste recursos para investigar el mismo problema. Existe el riesgo, sin embargo, de que si el productor del bien no aboga por los intereses de

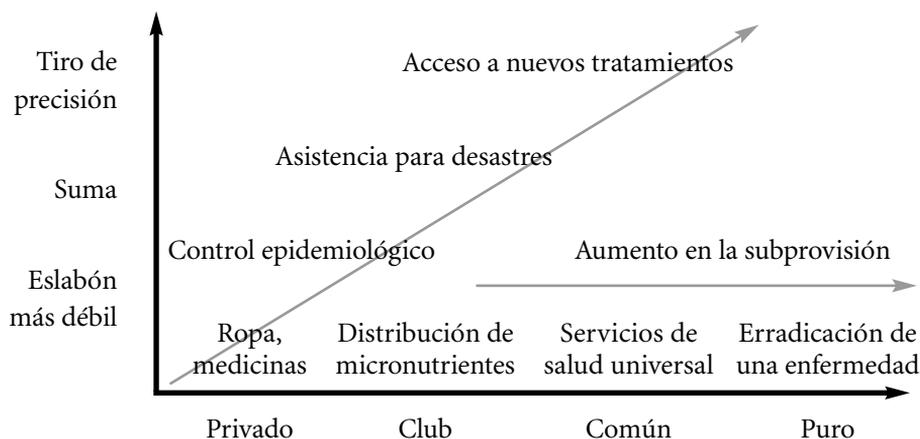
todos, surjan ineficiencias y resultados sub-óptimos (Kaul, Grunber y Stern, 1999) o que no se investiguen ni desarrollen medicinas para padecimientos en países relativamente pobres.

- *Eslabón más débil.* El mejor esfuerzo para el grupo consiste en contribuir al éxito del miembro más débil. Por ejemplo, las regiones con menos recursos tienen mayores problemas para controlar la transmisión de una enfermedad, por lo que, para eliminarla, la estrategia debe incluir apoyar al actor más débil.

- *Suma.* Esta estrategia es la más común e implica la coordinación y contribución de todos los actores, como suele suceder al enfrentar desastres naturales. Para que estos esfuerzos tengan éxito se requiere un acuerdo entre los actores y contar con normas para su cumplimiento.

Es clave entender qué estrategia se requiere al estructurar las políticas para producir los bienes públicos. Por ejemplo, la investigación para descubrir nuevos tratamientos normalmente se lleva a cabo a través del tiro de precisión: es más eficaz escoger un laboratorio que tiene las mejores posibilidades de descubrir un nuevo tratamiento que invertir en la duplicación de esfuerzos. En el caso de la vigilancia epidemiológica se requiere de la participación de todos para poder lograr el objetivo: estrategia de suma (véase figura V.1).

FIGURA V.1. La relación entre el tipo de bien y la estrategia de provisión



NOTA: Entre más puro el bien público, mayor la probabilidad de su inversión y su provisión.

IDENTIFICACIÓN DE LOS BIENES PÚBLICOS DE LA SALUD EN MÉXICO

Muchas veces se habla de bienes públicos del sector salud en lo general, pero sin especificarlos, analizar su naturaleza e impacto en la salud y el crecimiento, ni buscar una metodología que permita su jerarquización.

En primer lugar debe hacerse una distinción entre los bienes públicos puros, que muestran menos rivalidad y exclusividad, y los bienes que solamente tienen alguna de estas características y poseen fuertes externalidades positivas.

Para la creación de la lista de bienes públicos de la salud en México (véase cuadro V.1) se tomó como punto de partida el Programa Nacional de Salud 2001-2006 de la Secretaría de Salud, considerando los principales rubros del sector: enfermedades transmisibles y no transmisibles, campañas de promoción de la buena salud, servicios básicos de la salud, tratamientos nuevos, incapacidades, y añadiendo otros temas que no necesariamente se identifican con el sector salud, como los desastres naturales, la vivienda, el medio ambiente y la seguridad en el trabajo, elementos que tienen un impacto en la salud y la economía. Una vez identificados, los bienes públicos del sector salud fueron clasificados en tres grupos: salud pública, información y conocimiento, y protección contra riesgos sanitarios. Esta clasificación corresponde a la propia organización del sector salud de México.

Vale la pena ejemplificar qué se entiende por naturaleza pública de un bien a través de algunos ejemplos señalados en la cuadro V.1. Con frecuencia es relativamente fácil identificar la naturaleza del bien público. En el caso de la reducción de la contaminación, el bien público es el acto de disfrutar un ambiente más limpio. Este es un bien que no presenta rivalidad, ya que el hecho de que una persona adicional se beneficie de un ambiente más sano no implica un costo marginal positivo. Sin embargo, puede tener cierto grado de exclusividad en función de la distribución de la contaminación y la prioridad geográfica que se asigne. El control de la contaminación reduce una fuerte externalidad negativa, y un ambiente sano puede generar importantes externalidades positivas a través, por ejemplo, de la disminución de infecciones respiratorias. En términos privados los individuos se benefician de un medio ambiente más sano.

En otras situaciones, como en la distribución de micronutrientes, el bien público no es la distribución puntual del micronutriente (este sería un bien privado al ser exclusivo y rival), sino la existencia del mecanismo para que ésta tenga lugar. El mecanismo por naturaleza no presenta rivalidad, pero puede

CUADRO V.1. Inventario de bienes públicos de salud

<i>Promoción de la salud</i>	<i>Información y conocimiento</i>	<i>Protección contra riesgos sanitarios</i>
Infra-estructura para los discapacitados	Campañas de información que promuevan la nutrición	Mecanismos para la distribución de micronutrientes (sal con yodo, harina con hierro, agua con flúor)
Control de causas de enfermedades transmisibles	Guías terapéuticas y buenas prácticas médicas	Medidas preventivas para la prevención de desastres
Vigilancia epidemiológica	Descubrimiento y diseminación de los resultados de investigaciones	Sistema para ofrecer asistencia durante desastres
Campañas de inmunización	Descubrimiento y diseminación de los resultados de investigación básica y aplicada	Prevención de siniestros: seguridad de vivienda
	Mecanismos para asegurar la calidad de los servicios de salud	Prevención de siniestros: accidentes
	Diseminación de información resultado del programa de la evaluación de la tecnología de salud	Reducción de la contaminación
	Estandarización de información	Reglamentación del consumo de medicamentos, bebidas y alimentos
	Protección de propiedad intelectual	Salud y seguridad en el lugar de trabajo
		Seguridad y calidad de los servicios de salud
		Sistema para asegurar que el agua es potable
		Sistema para el tratamiento de aguas residuales

haber cierto grado de exclusividad al no tener alcance universal, ya sea regional o socialmente. El beneficio individual de este mecanismo es la mejora en la alimentación y salud.

En el caso de la estandarización de la información, el bien público es el tener acceso a información debidamente estandarizada. Este acceso no presenta rivalidad, pero podría tener cierto grado de exclusividad si se decidiera limitar el acceso a ciertos grupos. Además, este bien público mejora la capacidad de planeación de los servicios de salud y la provisión misma de los servicios, dado que los médicos tienen acceso a una mejor información.

En las campañas de información que promueven la buena salud, el bien público se refleja en los hábitos saludables de la población, producto de las campañas. Éstas pueden presentar cierto nivel de rivalidad cuando no se puede masificar, y cierto nivel de exclusividad si se privilegian regiones o sectores.

En la reglamentación del consumo de medicamentos, el bien público es la mejor eficacia de los medicamentos en el tratamiento de enfermedades, al reducir la generación de resistencias y la prevención de la automedicación nociva. La existencia de la reglamentación es un bien público puro, ya que normar no tiene costo marginal y la cobertura puede ser total, por lo que no hay ni rivalidad ni exclusividad; la implementación de la reglamentación sí puede presentar ambos elementos. La reglamentación del consumo de medicamentos puede ser no solamente un bien público nacional sino global, dada la importancia de la generación de resistencias para cierto tipo de medicamentos, particularmente los antibióticos.

MECANISMOS PARA PROVEER BIENES PÚBLICOS

Un bien público de salud se puede crear por medio de diferentes mecanismos: políticas reglamentarias, inversión en conocimiento, inversión en infraestructura e intervención médica (véase cuadro V.2).

En el caso de las políticas públicas, el gobierno puede promulgar leyes que garanticen los derechos a la propiedad intelectual para asegurar el avance en la investigación científica, lo cual genera beneficios para la salud de todos los ciudadanos. Un ejemplo de la producción de un bien público a través de la inversión en conocimiento es la promoción de una alimentación sana. La manera en que se distribuye la información es una pieza clave para garantizar que el

CUADRO V.2. Mecanismos para la creación de bienes públicos

<i>Políticas públicas</i>	<i>Conocimiento</i>	<i>Intervención médica</i>	<i>Infraestructura</i>
Instituciones	Investigación	Prevención	Bases de datos
Políticas y leyes	Desarrollo de productos	Diagnóstico	Sistemas informáticos
Normas	Educación y entrenamiento	Tratamiento	Infraestructura física
Coordinación entre niveles de gobierno	Difusión de buenas prácticas	Rehabilitación	

conocimiento se convierta en un bien público y que toda la población tenga acceso al bien. Las intervenciones para ofrecer tratamientos preventivos o vacunas constituyen otro mecanismo que sirve para la creación de un bien público del sector salud. Finalmente, la infraestructura puede ser un vehículo para hacer llegar un bien público, como las bases de datos sobre enfermedades contagiosas o la infraestructura física necesaria para estar preparado en el caso de un desastre natural.

Si se toma, por ejemplo, la reducción a la contaminación, queda claro que para lograr este bien público son necesarias políticas públicas que se traduzcan en leyes e instituciones para aplicarlas, una inversión en conocimiento para desarrollar equipo menos contaminante y para remediar la contaminación, e inversión en infraestructura que permita un ambiente más sano.

Para estandarizar la información se necesitan políticas públicas que diseñen modelos de captura y uso de la información, y que permitan la coordinación entre distintos órdenes y niveles de gobierno y proveedores del sector salud. Igualmente, para la reglamentación del consumo de medicamentos son necesarias políticas públicas que se traduzcan en leyes y normas, así como la coordinación con los distintos proveedores tanto públicos como privados. También es necesaria una campaña permanente de educación e información para que el público usuario conozca los beneficios del consumo regulado de

medicamentos, así como los costos y los riesgos (tanto personales como públicos) de su libre consumo.

LA PROVISIÓN DE LOS BIENES PÚBLICOS

En el capítulo III quedó establecido que en el caso de México no solamente hay un gasto en salud insuficiente, sino que con frecuencia está mal distribuido y en algunos casos mal utilizado. En el caso de los bienes públicos la asignación óptima del gasto no puede depender de las señales que emanen del mercado, sino que obedece en gran medida a las políticas públicas que se hayan adoptado en el tiempo. De esta manera, es altamente probable que la misma insuficiencia y pobre distribución del gasto en salud sea mayor o más grave en el caso de los bienes públicos.

El establecimiento de bienes públicos requiere de un proceso de inversión que no es ni gratuito ni fácil de implementar, dada la naturaleza de los bienes. La reducción de la contaminación cuesta en términos de investigación, elaboración e implementación de normas y costo adicional en que pueden incurrir las actividades productivas para cumplir con las medidas establecidas. Este bien público se genera a través de una estrategia de suma, dado que se requiere el concurso de todas las partes.

Para erradicar una enfermedad es necesaria la creación de conocimiento, la provisión adecuada de vacunas y servicios para su administración en caso de reincidencia, el control de puntos de entrada y otras medidas preventivas. Para poder controlar la ausencia de una enfermedad se puede requerir una estrategia de inversión del eslabón más débil, para asegurar que no haya brotes en ninguna comunidad, y una estrategia de tiro de precisión para generar el conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento.

El descubrimiento y desarrollo de tratamientos nuevos descansa en una estrategia de tiro de precisión, mientras que la implementación de medidas requiere estrategias de suma o eslabón más débil. Por ejemplo, la estandarización de la información requiere una estrategia de suma, mientras que la reglamentación del consumo de medicamentos, para su aplicación universal, necesita una estrategia de eslabón más débil.

De esta manera, en el proceso de creación de bienes públicos para una mejor salud es fundamental considerar si se necesitan estrategias de tiro de precisión, de suma o de eslabón más débil para decidir el tamaño y la distribución del gasto.

ESTUDIOS DE CASO

Generación y transmisión de información

La información como instrumento para mejorar la salud y prevenir la enfermedad es un bien público. Las campañas nacionales contra el tabaquismo, por ejemplo, proveen información sobre los riesgos para la salud. La información no es rival ni exclusiva y puede generar fuertes externalidades positivas. Una campaña para promover la buena alimentación, que tiene como objetivo prevenir enfermedades y combatir problemas ya existentes como la obesidad, resulta en un ahorro en los gastos de la salud y en mejorías en la calidad de vida de la población en general y no sólo del sujeto.

En México la mala alimentación es parcialmente responsable del surgimiento de problemas de salud, como la diabetes y la hipertensión. El Congreso de la Unión reconoció este problema al promulgar una modificación a la Ley General de la Salud y poner a cargo de la Secretaría de Salud la normalización de programas y actividades educativas que fomenten buenos hábitos alimenticios.¹³⁷ La creación de campañas educativas ayudaría a cumplir esta función. De hecho, está en curso una propuesta de Norma Oficial Mexicana (NOM) que tiene como objetivo establecer los criterios para brindar información a la población en materia alimentaria con sustento científico, adecuada a sus necesidades y posibilidades.¹³⁸ La mala alimentación tiene muchas otras consecuencias que son difíciles de cuantificar, entre ellas un impacto sobre la capacidad cognoscitiva de la población.¹³⁹

Los países latinoamericanos de bajo y mediano ingreso tienen tasas de obesidad altas, inclusive mayores que las de algunos países desarrollados (Filozof *et al.*, 2001). En México, la ENN 1999 encontró que uno de cada cinco niños en edad escolar es obeso. La obesidad es más común en el norte del país (25.6%) y en la ciudad de México (26.6%), y las niñas muestran mayor tendencia que los niños (Hernández *et al.*, 2003). El fenómeno es semejante entre adultos y, de

¹³⁷ Se publicó en el Diario Oficial el 29 de abril de 2004 una modificación al la fracción II del Artículo 115 de la Ley General de la Salud que expresa lo siguiente: La Secretaría de Salud tendrá a su cargo: ...II. Normar el desarrollo de los programas y actividades de educación en materia de nutrición, encaminados al promover hábitos alimentarios adecuados, preferentemente en los grupos sociales más vulnerables;...

¹³⁸ Proyecto de NOM-042-SSA2-2002 Servicios Básicos de Salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria.

¹³⁹ Véase Rubalcava y Teruel (2004).

acuerdo con estadísticas de la OCDE, en el año 2000 el 24% de la población mexicana fue considerada obesa (19% de los hombres y 29% de las mujeres).

En México la diabetes mellitus no solamente es un grave problema de la salud, sino que representa un desafío económico importante. Según un estudio de la OMS sobre la diabetes en América Latina, el costo indirecto de la enfermedad (pérdidas en la productividad debidas a la muerte prematura y la discapacidad) es aún mayor que los costos directos o los costos de su tratamiento (Barcelo *et al.*, 2003). En el caso de México, la investigación muestra que el costo indirecto es 6.6 veces mayor que los costos de tratamiento. Esto tiene implicaciones muy importantes en la productividad de la fuerza laboral del país y un impacto negativo en la economía nacional.

La OMS estableció recientemente una estrategia global sobre nutrición y actividad física para combatir el incremento en las enfermedades no transmisibles. Según el Informe de la Salud en el Mundo (OMS, 2002), hoy en día se atribuye a enfermedades no transmisibles el 60% de las muertes y el 47% de la carga global de las enfermedades, y se proyecta un incremento a 73% y 60% respectivamente para el año 2020. Como parte de la estrategia se reconoce que se pueden prevenir estas enfermedades con una mejor dieta y un incremento en el nivel de actividad física. Según la OMS, se podrían salvar 2.7 millones de vidas en el mundo con un mayor consumo de frutas y verduras. La baja ingestión de estos alimentos es uno de los diez factores de riesgo de mayor importancia para la mortalidad a nivel mundial.

Una campaña informativa enfocada a los buenos hábitos nutricionales serviría para contrarrestar el bombardeo de información publicitaria de las compañías refresqueras y de comida industrialmente procesada. La clave del éxito de una campaña educativa de este tipo reside en su diseño. Es importante asegurar la mayor cobertura posible para minimizar la exclusividad y buscar maneras creativas de llegar a las poblaciones más aisladas. Una forma de evitar el problema de la exclusividad en las campañas de información es estudiar la situación en cada estado y optar por los mecanismos de distribución más adecuados.

Las enfermedades no transmisibles y los problemas de salud ocasionados por la mala nutrición implican un alto costo para el sistema de salud en México y podrían afectar negativamente la productividad de la sociedad en general, si no se toman las medidas necesarias para atacar al problema de raíz.

El papel de la información como bien público de salud no se limita a la transmisión oportuna y adecuada de la misma a la población. Por ejemplo, la hetero-

geneidad en los procesos de información clínica y de costos entre distintas instituciones y entre unidades médicas dentro de una institución, pueden representar un obstáculo para la implementación de un sistema de aseguramiento con fondo único mancomunado. En este caso, la asignación eficiente de los recursos de dicho fondo requeriría de un sistema estandarizado de información que permita conocer el perfil epidemiológico y de utilización de los pacientes de cada unidad de atención médica.

Aunque cada institución es capaz de diseñar sus propios sistemas, el nivel de homogeneidad de la información se encontrará por debajo del socialmente óptimo si no existen mecanismos centralizados que garanticen una respuesta coordinada entre todos los interesados.

Un sistema que garantice el agua potable y los servicios de saneamiento

Un sistema diseñado para garantizar el agua potable y los servicios de saneamiento es un bien mixto, con atributos públicos y privados, que genera fuertes externalidades positivas tanto para el sector salud como para la economía. En una primera aproximación, la provisión de agua potable es un problema local, ya que el servicio público de agua potable, su tratamiento y la disposición de aguas residuales son responsabilidad de los municipios, según lo establece el artículo 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En paralelo a esta facultad constitucional, en realidad son muchas las dependencias que comparten la responsabilidad de proveer agua potable y saneamiento, como se aprecia en la figura V.2.

Aunque el mecanismo de entrega de un bien privado como el agua potable se organiza a escala local, la certidumbre de agua potable en todo el país es un bien público nacional. La reglamentación que garantiza el agua potable y el saneamiento no es exclusiva ni rival, pero la infraestructura sí lo es, ya que hay un costo marginal de crearla y mantenerla. La coordinación y la supervisión de los múltiples esfuerzos locales resultan en un bien público que se crea a través de la estrategia de suma: en caso de contar con el bien público uno podría tomar agua de la llave en cualquier parte del país sin temor a enfermarse.

Es casi imposible separar la provisión de agua de calidad del tema de saneamiento. Sin una infraestructura que garantice la adecuada eliminación de las aguas negras, se corre el riesgo de contaminar los mantos freáticos que se utilizan para el consumo humano y para la agricultura.

FIGURA V.2 Las organizaciones responsables de servicios de agua potable y saneamiento



En la evaluación de los proyectos y la reglamentación del agua potable deben considerarse las fuertes externalidades positivas o los beneficios sociales que no necesariamente se ven reflejados en una evaluación de mercado. Entre los beneficios se incluyen la reducción de enfermedades, el mejoramiento del ambiente para la inversión productiva, la reducción del costo privado de asegurar que el agua sea potable, el fomento del turismo, el incremento en el tamaño del mercado y un mayor crecimiento económico.

En un estudio realizado como parte del Consenso de Copenhague, se determinó que en América Latina los beneficios de contar con sistemas que provean agua potable y saneamiento exceden los costos en una proporción de nueve veces.¹⁴⁰ Entre los costos de una mala administración de los recursos de agua destacan los siguientes (Rijsberman, 2004):

- El impacto en la salud de no tener acceso a agua confiable y servicios de saneamiento.

¹⁴⁰ El Consenso de Copenhague tuvo como propósito la jerarquización de los problemas más importantes en los países en vías de desarrollo. Las presentaciones de un panel de economistas expertos fueron discutidas en el foro, y al final se presentó una lista de las prioridades según un análisis de costo-beneficio. Véase www.copenhagenconsensus.com

- Daños y mortalidad asociados a los riesgos del consumo de agua contaminada.

- Pobreza y mala nutrición debido en parte a una escasez de agua para propósitos productivos, principalmente en la agricultura.

- Impactos ambientales relacionados con la escasez de agua y su contaminación.

México enfrenta retos tanto en la provisión de servicios de agua y saneamiento como en la calidad del agua que se denomina potable. Aunque la provisión llega a niveles del 95% en las zonas urbanas, en la mayoría de los casos el agua no es medianamente bebible. En el campo aún hay mucho por hacer, dado que la cobertura no llega al 77% (véase cuadro V.3).

CUADRO V.3. Cobertura de agua potable y drenaje de la red pública en las viviendas, 2004

<i>Tipo de población</i>	<i>Agua potable (%)</i>	<i>Drenaje (%)</i>
Urbana	95.2	88.6
Rural	76.6	48.1
Total	88.4	74.7

Fuente: Elaborado con base en la ENIGH 2004.

En una evaluación llevada a cabo por la OMS y la OPS en el año 2000 se identificaron algunos de los problemas que se deben resolver para mejorar los servicios de agua potable y saneamiento en México. Destacan los siguientes:

- Existe una falta de recursos para el desarrollo del sector, en parte debido a la baja capacidad o disposición de la población de hacer frente a los costos de operación y mantenimiento.

- La falta de conciencia entre todos los habitantes de la necesidad del buen uso y la preservación del agua y la infraestructura hidráulica.

- La necesidad de mejorar sistemas de información con indicadores uniformes que permitan una evaluación constante.

- Ausencia de un marco regulatorio a nivel nacional y estatal.

En cuanto al último punto, debe decirse que en México sí hay normas que exigen una determinada calidad del agua de acuerdo con estándares internacionales; en todo caso, el problema es que no hay suficiente vigilancia ni cumplimiento de

las mismas.¹⁴¹ En zonas marginadas también hay una falta de capacitación y capacidad técnica para poder cumplir con las normas.

El primer paso en la creación de un sistema que garantice la disponibilidad de agua potable y servicios de saneamiento es el reconocimiento de su importancia. En el informe del grupo de trabajo sobre Agua y Saneamiento para el Proyecto Milenio de la ONU, la primera propuesta para lograr los Objetivos de Desarrollo es la siguiente:

“Los gobiernos nacionales —incluyendo los ministerios de finanzas y planeación y sus agencias de apoyo— deben estar convencidos de la importancia de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio de suministro de agua y servicios de saneamiento. Necesitan reconocer que el agua y los servicios de saneamiento son esenciales para el éxito de todo desarrollo.”¹⁴²

La figura V.2 muestra que en México diversas organizaciones son las responsables de la provisión de agua potable y servicios de saneamiento. Esto no es necesariamente malo, y la experiencia internacional muestra que programas de infraestructura para agua potable funcionan mejor cuando están descentralizados, dado que la administración por parte del gobierno local y la comunidad muchas veces aseguran un mejor servicio. Siendo éste un bien público de suma, como se ha dicho, es necesaria la coordinación de esfuerzos entre los estados y los municipios, con el liderazgo de la Secretaría de Salud.

Las carencias de agua realmente potable no se explican por el desconocimiento de estándares y métodos de obtención (esta información es un bien público global que está al alcance de todos los interesados), sino por la falta de esfuerzos y recursos para asegurar el sistema nacional a través de la implementación de proyectos que son por naturaleza locales.¹⁴³

Conocimiento y progreso tecnológico

Pocos ejemplos de un bien público son tan claros como el conocimiento. Una vez creado, el conocimiento es no exclusivo y no rival en su consumo. La creación de nuevo conocimiento, sin embargo, implica a menudo altos costos fijos

¹⁴¹ La NOM-127-SSA1-1994 Agua para uso y consumo humano. Límites permisibles de calidad y tratamientos a que debe someterse el agua para su potabilización, es un ejemplo de una norma de esta naturaleza.

¹⁴² Informe Sumario Provisional, Grupo de Trabajo sobre Agua y Saneamiento, Proyecto Milenio, diciembre 2003. “Cómo lograr los objetivos de desarrollo del milenio con respecto al agua y saneamiento: ¿Qué será necesario?”

¹⁴³ Véase la página web del Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS). www.cepis.ops-oms.org

que, en ausencia de regulación, pueden constituir un obstáculo al progreso tecnológico. El caso de la investigación en nuevos medicamentos es un claro ejemplo de esto. Si no existe protección de la propiedad intelectual, no hay incentivos para la investigación, dado que no se puede recuperar la inversión.

El sistema de protección de la propiedad intelectual es un bien público con un impacto importante en el sector salud, dadas sus implicaciones en la investigación y la creación de nuevos tratamientos y medicinas. Con el establecimiento del derecho a la propiedad intelectual el Estado crea un bien público, ya que todos los participantes de la economía tienen potencialmente acceso a la protección (no hay exclusividad) y no existe un costo marginal (no hay rivalidad).

El descubrimiento de un nuevo tratamiento o una nueva medicina es en sí un bien público. Lo que hace una patente es otorgar protección temporal al conocimiento para asegurar los derechos de explotación al laboratorio que llevó a cabo la investigación. El conocimiento, sin embargo, siempre es un bien público, ya que los laboratorios están obligados a publicar los avances científicos al solicitar una patente. Los derechos de explotación están protegidos durante veinte años, después de los cuales el mercado se abre a la competencia con la consecuente disminución de precios.

Siempre habrá una tensión entre el derecho a la protección de la propiedad intelectual y la creación de un monopolio temporal que resulta en precios más altos de lo que habría bajo un marco de competencia. Como el conocimiento juega un papel tan importante dentro del sector salud, tanto para prolongar la vida como para mejorar su calidad, resulta fundamental que el gobierno sopesese estos dos factores con cuidado. Como en otros muchos asuntos, la regulación óptima será la que maximice la cantidad de conocimiento utilizada en el mercado. México ha logrado optimizar el balance entre estos objetivos a través del decreto que reforma el Reglamento de Insumos para la Salud y el Reglamento de la Ley de la Propiedad Industrial.¹⁴⁴ Esta medida fortalece la protección de la propiedad intelectual y estimula la investigación, dado que asegura que la empresa que solicita un registro sanitario de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) también cuente con los derechos intelectuales según el registro del IMPI (Instituto Mexicano de la Propiedad Intelectual), y toma medidas para asegurar la confidencialidad de la información proporcionada por la empresa.

¹⁴⁴ El 19 de septiembre del 2003, el Presidente Vicente Fox decreta la reforma al Artículo 167 del Reglamento de Insumos para la Salud y al Artículo 147 del Reglamento de la Ley de la Propiedad Industrial.

Este tema también forma parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El Objetivo 8 tiene como meta “fomentar una asociación mundial para el desarrollo,” y uno de los puntos para lograrlo es la cooperación entre las empresas farmacéuticas, los gobiernos y las organizaciones internacionales con el fin de proporcionar acceso a medicamentos esenciales en países en desarrollo.¹⁴⁵

Es importante proteger los frutos de la investigación de modo que sea rentable para los laboratorios llevarla a cabo, por lo que el debate gira en torno al nivel óptimo de protección para la sociedad. La gráfica V.1 muestra el beneficio marginal para tres tipos de países y el costo marginal para todos ellos (quizá el costo marginal representativo en el ámbito mundial). Claramente, el beneficio marginal de los países de menor nivel de desarrollo es mucho menor y prácticamente independiente del nivel de protección. Los países en desarrollo obtienen un beneficio mayor, al contar con mercados más grandes en los que se pueden amortizar los gastos de inversión en investigación y desarrollo. Los países que obtienen un mayor beneficio marginal de la protección son los adelantados. De la gráfica V.1 se pueden derivar algunas conclusiones importantes: la protección óptima varía de producto a producto, en función de las curvas de beneficio y costo marginales, a pesar de que la ley y los tratados internacionales los protejan a todos por igual, y la protección óptima no es igual para países en distintos niveles de desarrollo.

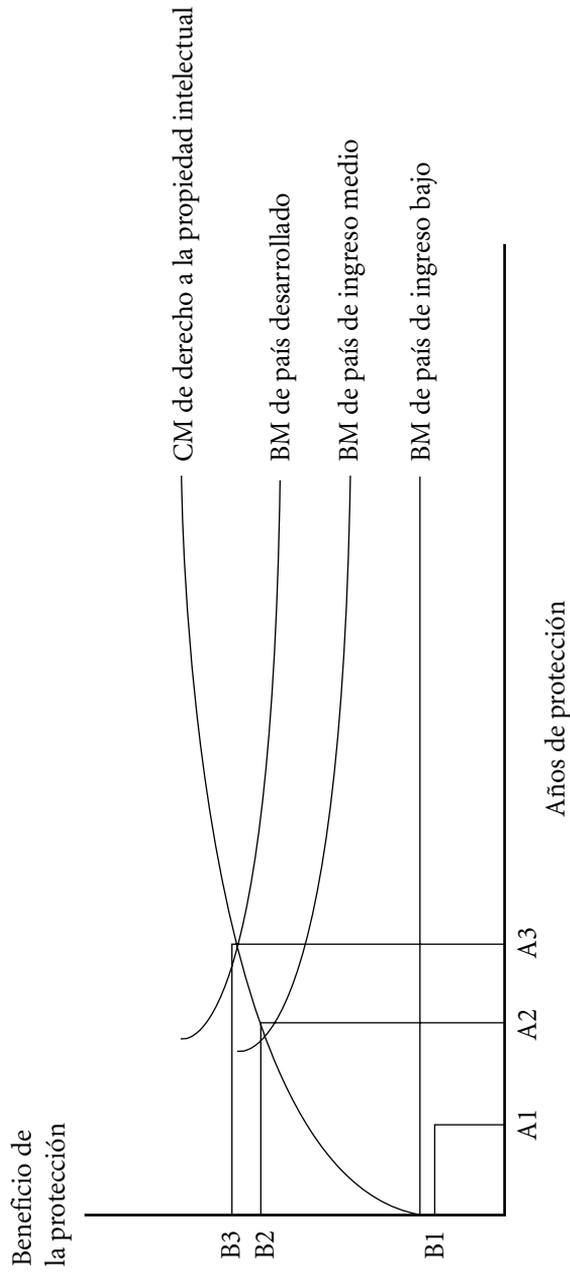
Así, los países tienen intereses diversos o divergentes en las negociaciones del ADPIC (Acuerdo sobre los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionado al Comercio). Como regla general, entre menor sea el grado de desarrollo del país, menor el interés en el tema, como lo han reflejado las negociaciones en el seno de la OMC.

La agregación de países lleva a un desplazamiento de la curva de beneficio marginal a la derecha, y así los acuerdos internacionales redundan en niveles más altos de protección óptima. Esto es particularmente importante para los países en desarrollo. Por ejemplo, lo que podría no ser óptimo desde el punto de vista de un país latinoamericano, quizá lo fuera en el contexto del Área de Libre Comercio de las Américas (ALCA), en que se aumentaría la escala de operación.

En los últimos 50 años se ha operado un avance tecnológico sin precedente en investigación y desarrollo, y una mejora antes impensable en la calidad y variedad de medicinas, vacunas y tratamientos. La medida en que estos nuevos

¹⁴⁵ Véase www.un.org/spanish/millenniumgoals/index.html

GRÁFICA V.1. Costo marginal y beneficio marginal del derecho a la propiedad intelectual



El número óptimo de años de protección y de beneficio para un país de crear un derecho a la propiedad intelectual, varía según el nivel de desarrollo. Un país desarrollado tiene mayor interés en proteger la propiedad intelectual y por un mayor número de años.

BM=beneficio marginal, CM=costo marginal

descubrimientos resultan de la protección a la propiedad intelectual es una cuestión empírica. Muchos de los nuevos tratamientos y medicinas se han generado en Estados Unidos, que protege a su industria farmacéutica desde hace mucho tiempo. Sin embargo, la protección de esta industria en otros países adelantados es mucho más reciente: Alemania en 1968, Suiza en 1977, Italia en 1978, España, Portugal y Noruega en 1992, Finlandia en 1995 e Islandia en 1997. Por otro lado, varios países han tenido regímenes con licencias obligatorias: Canadá, Francia y el Reino Unido. Aun en Estados Unidos se siguen debatiendo las ventajas de la protección en términos del debate sobre reimportación de medicinas —de Canadá y México— en los últimos dos años.

La polémica en torno a la reimportación apunta a las enormes dificultades políticas de implementar la discriminación de precios. El impacto en los precios de las medicinas en los países desarrollados ha sido enfrentado, desde el punto de vista de políticas públicas, a través de la búsqueda de un balance entre protección de la propiedad intelectual y la economía familiar, mediante los distintos esquemas de seguridad pública y mercado de seguros privados que permitan el pago por adelantado y el promedio temporal de las erogaciones, y mediante el uso de medicinas genéricas y el aumento de la competencia. La presencia de genéricos en el mercado ofrece así mayores posibilidades de elección al paciente. Existe evidencia de que la presencia de genéricos disminuye significativamente el precio de las medicinas de marca. Con la presencia de un genérico sustituto, por ejemplo, el precio se reduce 40%; con diez, más de 70% (Scherer y Watal, 2002). Es importante hacer notar que la introducción de medicamentos genéricos acentúa la necesidad de esquemas regulatorios que impidan los abusos y garanticen que tales medicamentos posean propiedades equivalentes a las del producto original.

En agosto del 2003 los países de la OMC acordaron un esquema que permitirá la importación de medicamentos para problemas graves de salud a los países que no tienen capacidad manufacturera, extendiendo una excepción en materia de protección intelectual a los países manufactureros. Además, la OMC ha reafirmado las flexibilidades que existen en el ADPIC para que los países puedan enfrentar contingencias de salud, sin que esto afecte la protección de la propiedad intelectual como mecanismo para fomentar el desarrollo de nuevos tratamientos.

A continuación se presentan algunos enfoques adicionales que podrían considerarse para modificar los regímenes de propiedad intelectual y optimizar el balance entre la protección y la necesidad de proveer medicamentos a precios razonables.

El investigador como receptor de los beneficios. La principal barrera económica para la producción de nuevas medicinas es el muy elevado costo de su desarrollo a partir de la investigación básica. Para que exista un incentivo para invertir en la investigación y el desarrollo de medicamentos, es necesario asegurar los beneficios que reciben las farmacéuticas. Las patentes cumplen este objetivo al aumentar el ingreso de las ventas de medicinas. En cuanto a políticas públicas también habrá que considerar acciones que disminuyan los costos para las farmacéuticas.

La principal barrera jurídica es la compleja red de disposiciones para proteger la propiedad de todos aquellos que invierten en la investigación y el desarrollo de nuevos medicamentos. Desde el punto de vista de las políticas públicas el reto es encontrar un equilibrio adecuado entre la barrera económica y la jurídica. La protección de la propiedad intelectual ha sido el método preferido en los últimos años, pero hay otros que podrían ser explorados. Para hacer atractivas las enormes inversiones —cientos de millones de dólares para cada medicina exitosa— puede escogerse incrementar el ingreso esperado, ya sea a través del otorgamiento de poder monopólico temporal o por medio de un conjunto de políticas que disminuyan el costo para los laboratorios.

El costo más significativo para los laboratorios es el cumplimiento de las normas reglamentarias para la producción y las pruebas clínicas. Así, podría pensarse en cambios de política que aligeren el peso reglamentario, como un número menor de pruebas clínicas o una reducción de los plazos de aprobación. Alternativamente, podría pensarse en que los gobiernos subsidien las pruebas clínicas y los laboratorios no tengan que amortizar el total de esta inversión, o un impuesto por medicina vendida que se utilice para reembolsar los gastos asociados a las pruebas clínicas. Este tipo de medidas permitiría disminuir significativamente la temporalidad de la protección y reduciría la distorsión que causa el tener un plazo de protección único, independientemente de la envergadura de la inversión en cada medicina.¹⁴⁶

Esquemas de discriminación de precios. Los altos costos fijos pueden justificar la discriminación de precios en términos de bienestar social. La decisión de la OMC recién descrita constituye un importante primer paso en este sentido.

La creación de un esquema de fijación diferencial de precios tiene dos ventajas principales: en primer lugar crea una forma económicamente racional en

¹⁴⁶ *The Economist*, 23 de junio de 2003, argumenta que las autoridades de patentes necesitan encontrar una mayor variedad de herramientas para la protección de la propiedad intelectual.

donde las empresas internacionales puedan maximizar los beneficios que obtengan en mercados de los países desarrollados y en vías del desarrollo, y en segundo lugar asegura que las poblaciones más pobres tengan acceso a medicamentos a precios más económicos (Comisión sobre Derechos de Propiedad Intelectual, 2002). De esta manera se toman en cuenta tanto los intereses de las empresas farmacéuticas como los de los países en vías de desarrollo.

El problema con este esquema es de orden político, dado que es predecible la oposición de ciertos grupos en los países desarrollados, que resienten que los precios de medicamentos sean más bajos en los países de mediano y bajo ingreso, y que consideran que ellos están pagando una desproporción injusta del costo de la investigación y desarrollo de los medicamentos.

Los innovadores son generalmente renuentes a aceptar la discriminación de precios, por las posibles importaciones paralelas que pudieran mermar las rentas legales en los países desarrollados. Por esta razón, para que un sistema de esta naturaleza funcione, sería necesario segmentar los mercados para asegurar que no haya una re-exportación de medicamentos de precio bajo hacia países en donde el precio es más elevado. En la práctica, evitar la importación paralela no es tan fácil de lograr, aunque no debe ser imposible con suficiente apoyo político.

También sería recomendable reconocer la diferencia entre mercados basada en las características del medicamento y el tipo de enfermedad que trata. Lanjouw (2002) argumenta que los mercados para enfermedades globales, como el cáncer, son distintos a los mercados para enfermedades comunes en países en vías del desarrollo, como la malaria o la tuberculosis, y que merecen un trato distinto. Este autor sugiere un cambio en el registro de patentes en los países desarrollados, que obligaría a la empresa farmacéutica a escoger entre protección en los mercados desarrollados o en los mercados en vías de desarrollo. Normalmente se escogería la primera, donde la empresa obtiene la mayor parte de sus utilidades.¹⁴⁷

Extensión de patentes. Cuando el plazo de una patente está por cumplirse es necesario evaluar cuál es la mejor opción entre permitir que expire y autorizar genéricos de la medicina original, o extender la patente mejorada por un número limitado de años. El aspecto más importante de este debate es el efecto de una opción u otra sobre los precios.

¹⁴⁷ Este esquema es semejante a lo que se logró en el último acuerdo de la OMC, dado que ahora en los países que no tienen la capacidad de producir, la importación paralela esté permitida.

Un estudio preparado por el National Institute for Health Care Management ofrece algunos indicios del daño que puede causar la renovación de patentes por modificaciones insignificantes. Entre 1989 y 2000 solamente 35% de los medicamentos que recibieron la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) contenían nuevos ingredientes activos, mientras que el 65%, conocidos como medicamentos modificados incrementalmente (MMI), tenían ingredientes activos viejos.¹⁴⁸ Según la legislación de Estados Unidos (el Hatch-Waxman Act) los MMI reciben tres años de exclusividad en el mercado y su precio rebasa en 75% el precio de medicamentos viejos o genéricos. Como consecuencia, al hacer pequeñas modificaciones varias veces, una compañía farmacéutica puede lograr una protección que dure muchos más años, obstaculizando la competencia y la disminución de precios que ocurre con la fabricación de medicamentos genéricos. El mismo estudio sugiere que las extensiones permitidas bajo la ley Hatch-Waxman son responsables en parte de los aumentos en gastos de salud, dado que el 36% del incremento en gastos para drogas nuevas se debe a los MMI (NIHCM Foundation, 2002).

Diseño de la protección óptima en el ámbito internacional. El mecanismo más atractivo para otorgar una protección óptima sería cambiar las disposiciones internacionales de propiedad intelectual para incorporar el beneficio de la expansión del mercado. En la medida en que el mercado sea más amplio, la necesidad de largos periodos de amortización disminuye, ya que se puede amortizar el costo de la inversión entre más usuarios.

Este enfoque permitiría disminuir el incentivo parasitario de países que no invierten pero que se benefician de la investigación. La extensión internacional de la protección haría atractiva la inversión en investigación. El reto es el diseño de un esquema que compense la disminución en el periodo de protección con la expansión internacional de la misma. Se puede pensar en un esquema en el que las patentes globales tengan una protección menor que las patentes regionales o nacionales.

Por ejemplo, si una compañía decide patentar una medicina solamente en los países desarrollados, recibiría una protección de 20 años. En cambio, si la misma compañía desea una protección que abarque todos los mercados, la duración de la protección bajaría a 10 años (véase cuadro V.4), dado que recibi-

¹⁴⁸ Los medicamentos modificados incrementalmente, o *Incrementally modified drugs* se definen como aquellos que contienen un ingrediente activo ya aprobado, o un derivado cercanamente relacionado con un ingrediente aprobado, que ha sido modificado por el fabricante.

rá las rentas de la protección en un mercado más grande. Al mismo tiempo se establece un incentivo para crear leyes de protección de la propiedad intelectual en los países menos desarrollados, a fin de tener acceso a las medicinas de patente y esperar que los genéricos lleguen al mercado más rápidamente.

Cuadro V.4. Duración de protección según amplitud de la cobertura

	<i>Años de protección</i>		
	<i>Protección limitada</i>	<i>Protección media</i>	<i>Protección global</i>
Desarrollado	20	15	10
En vías del desarrollo	0	15	10
Menos desarrollados	0	0	10

Ideas innovadoras para fomentar la investigación. Aun cuando existen mecanismos para proteger la propiedad intelectual, en el caso de las enfermedades que afectan a las poblaciones más pobres —como la malaria, la enfermedad de Chagas o la enfermedad del sueño, por ejemplo— no existen suficientes incentivos económicos para que las empresas realicen investigación, dado que la capacidad de pago en los países más afectados no es suficientemente atractiva. Los países desarrollados que han enfrentado el problema de enfermedades que afectan a poblaciones pequeñas, han diseñado programas para subsidiar la investigación en estas áreas.¹⁴⁹

Otras opciones incluyen métodos innovadores de investigación, como el *open-source*, a través del cual se comparten los resultados a través de sitios de internet y *chats* para sacar provecho del conocimiento global y avanzar en el conocimiento y la innovación, que son bienes públicos en sí mismos.¹⁵⁰ La investigación que se lleva a cabo a través de un método *open source* requiere el apoyo de donativos y la participación de investigadores que donan su tiempo volunta-

¹⁴⁹ Algunas de estas enfermedades incluyen la enfermedad Parkinson, el síndrome Tourette, la enfermedad de Huntington, fibrosis quística, entre otros. En Estados Unidos pasaron una ley, conocida como la Ley de Medicamentos Huérfanos (*The Orphan Drug Act*), donde el gobierno apoya la investigación de enfermedades raras para promover el descubrimiento de nuevos tratamientos.

¹⁵⁰ Véase *The Economist*, 12 de junio, 2004. “*An Open-Source Shot in the Arm?*” y “*Finding Cures for Tropical Diseases: Is Open Source an Answer?*”.

riamente.¹⁵¹ La ventaja en términos de los costos de medicinas, es que los descubrimientos que se logran de esta manera no serán patentados, lo cual permite el otorgamiento del contrato de desarrollo a la compañía que ofrezca el precio más bajo, creando beneficios para los usuarios finales (que normalmente serían personas de bajos recursos). Este método de investigación todavía se encuentra en una fase muy inicial y está por verse si se pueden obtener resultados semejantes a lo que se ha logrado en el área del desarrollo de software. De tener éxito, podría contribuir de una manera importante al mejoramiento de la calidad de vida de los más pobres.

DISEÑO DE POLÍTICAS Y ANÁLISIS DE COSTO-BENEFICIO

Aunque el gobierno no es el único que puede generar bienes públicos —organizaciones civiles y el sector privado pueden contribuir de manera sustancial—, el sector público juega un papel fundamental en la coordinación de esfuerzos y la creación de los incentivos para la generación de dichos bienes. El gobierno tiene la facultad de legislar, invertir recursos y fomentar el consenso entre diferentes actores políticos; tiene la capacidad de crear bienes públicos, como son las campañas de información, y de limitar los males públicos, como la contaminación del medio ambiente. En una democracia, sin embargo, el gobierno no define las prioridades para la creación de bienes públicos en un vacío, sino que en muchas instancias los ciudadanos expresan sus preferencias para la preservación o la generación de esos bienes.

Aunque resulta útil analizar la naturaleza de un bien según su grado de exclusividad y rivalidad, también es necesario tomar en cuenta que el diseño de políticas de gobierno influye mucho en el grado en que un bien o servicio es público. Precisamente por eso, es fundamental asegurarse que al diseñar los programas que crean los bienes públicos se limite el grado de exclusividad y rivalidad según las características de cada bien. Kaul y Mendoza (2003) utilizan una definición expandida para clasificar los bienes públicos:

¹⁵¹ La técnica “fuente abierta” (*open-source*) es una forma de producción descentralizada donde se comparte la “fuente,” o la fórmula de producción por Internet. Cualquiera puede ver o inclusive sugerir modificaciones a la fórmula, con la obligación de compartir sus cambios bajo los mismos términos. Esta manera de operar ha generado muchos éxitos en el ámbito de software —el sistema Linux fue creado así— y queda por verse si tendrá el mismo impacto en el sector farmacéutico.

- Técnicamente no exclusivos: la luz de la luna, paz y seguridad
- Públicos por diseño: el conocimiento público, regímenes que crean un derecho a la propiedad privada, televisión pública

El gobierno puede crear un bien público todavía no existente o ajustar el diseño de un servicio para que sea más público. En muchos casos el gobierno ya tiene programas que crean bienes públicos, pero debido a cuellos de botella administrativos, el alcance de los bienes o servicios es limitado. Para mejorar el alcance de estos bienes, o hacerlos más públicos, hay que entender cuál es la raíz del problema de su provisión: el subuso o la subprovisión (Conceição, 2003).

El subuso es un problema de consumo, ya sea que no hay acceso por falta de recursos o de medios, o por una restricción formal. En el caso de las campañas de información, este problema puede surgir cuando no toda la población posee un televisor, un radio o una computadora. Para difundir el bien de la información más eficazmente, habrá que tomar en cuenta el subuso del bien y tomar medidas para corregirlo. Un ejemplo del subuso a través de restricciones formales serían las patentes que limitan el acceso a la tecnología farmacéutica.

La suboferta de un bien público se debe a la mala provisión o el sobreuso de un bien. Por ejemplo, los centros de recreación públicos, como son los parques, enfrentan un problema de subprovisión en la ciudad de México. Hay pocos parques donde pueden jugar los niños, los que hay no están distribuidos de forma equitativa en la ciudad, y sufren de sobreuso y malos cuidados. El problema de la suboferta se asocia a una distribución injusta de los beneficios.

La implementación de reglamentos y normas en el sector salud debe considerar en detalle los aspectos relacionados con la naturaleza del bien público y sus repercusiones en el análisis de costo-beneficio de una política nueva o bajo revisión. También es importante tomar en cuenta las externalidades, positivas o negativas, con el fin de aproximar más fielmente el costo y el beneficio real de una medida que se lleve a efecto para bien de la sociedad. Por ejemplo, una política que estandarice información médica a través de diferentes organismos creará externalidades positivas tanto en el trato de pacientes como en la investigación. Este beneficio formará parte de la justificación del costo del proyecto.

Una de las dificultades que se presentan a la hora de analizar los costos y los beneficios de los bienes públicos es la falta de precios de mercado y la complicación de llegar a un cálculo fiel de los beneficios sociales. A pesar de esto, es fundamental analizar el caso particular de cada bien o servicio, dado que no todos los proyectos, por más públicos que sean, merecerán la disposición de los

escasos recursos públicos. Para llegar a una estimación razonable de costos y beneficios, Conceição (2003) desarrolló una metodología de análisis de bienes públicos globales que también sirve en un contexto nacional. Esta metodología tiene cuatro pasos:

- Definir el bien o servicio y su nivel de subprovisión desde una perspectiva técnica. Este paso ayuda a entender los factores clave en la poca provisión del bien.
- Estimar los costos económicos de la subprovisión o sub-utilización del bien.
- Estimar el costo de la acción correctiva que resultará en la provisión adecuada del bien.
- Indicar cuáles son los beneficios netos de la creación del bien. La provisión de un bien público elimina total o parcialmente los costos de la sub-provisión, lo cual compensa los costos correctivos. Este paso puede indicar la magnitud de los beneficios netos de una acción. También hay que considerar las externalidades positivas como parte de los beneficios.

Este análisis facilita el proceso de toma de decisiones y ofrece un método para comparar y discutir el mérito de diferentes opciones. Es a través de este trabajo que se pueden jerarquizar más racionalmente los proyectos relacionados con bienes públicos de la salud.

En síntesis, la disponibilidad y la calidad de los bienes públicos en una sociedad son un reflejo de la importancia asignada a la creación de condiciones que mejoren la calidad de vida de sus ciudadanos. También es un indicador del grado de desarrollo de un país y de su capacidad de tomar decisiones consensuadas entre diferentes actores políticos para el bien común. En general, los bienes públicos llegan a segmentos mucho más amplios de la población, y por lo tanto, ayudan a disminuir las desigualdades que existen en una sociedad. Un reconocimiento de la importancia de los bienes públicos de la salud en México y su incorporación al análisis de las políticas públicas, contribuirá al desarrollo humano, el crecimiento económico y la modernización del país.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Salud y crecimiento económico

LA SALUD ES UN ACERVO que las personas poseen. Además de tener un valor intrínseco, ya que estar sano es una de las principales fuentes de bienestar, la salud tiene un valor instrumental por ser uno de los determinantes fundamentales del crecimiento económico. Por ello, el acceso a servicios básicos de salud debe considerarse un derecho fundamental de los ciudadanos.

La salud contribuye al crecimiento económico en el largo plazo a través de los siguientes mecanismos: incrementa la productividad laboral del adulto y el desarrollo cognitivo del niño a través de mejoras en la nutrición; reduce las pérdidas de producción de los trabajadores y de asistencia escolar de los niños ocasionadas por enfermedades; permite utilizar recursos naturales que, debido a las enfermedades, eran inaccesibles, y libera, para diferentes usos, recursos financieros que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de las enfermedades.

La relación entre salud y crecimiento en el largo plazo ha sido corroborada, una y otra vez, por la evidencia empírica, tanto en estudios enfocados a países específicos como de corte transversal. Un resultado frecuente es que mejoras en la salud (utilizando diversos indicadores) explican alrededor de un tercio del crecimiento de largo plazo. Este resultado se observa también en México.

México tiene todavía por delante el generar las mejoras en la nutrición promedio que pueden llevar a un nivel más elevado del ingreso per cápita potencial. En particular, si se intensifican los esfuerzos de mejorar la nutrición de los hogares pobres (sobre todo en la etapa prenatal y los primeros años de vida de los individuos), el impacto sobre el ingreso per cápita podría ser muy significativo.

Salud y trampas de pobreza

El impacto del desarrollo infantil temprano sobre las capacidades cognitivas, el rendimiento educativo y la productividad laboral adulta, representa uno de los

principales canales a través de los cuales la salud incide sobre el crecimiento económico, y es uno de los principales mecanismos de transmisión de riqueza a través de generaciones. Existe también un círculo vicioso entre la salud y la pobreza, en que el bajo ingreso de los padres lleva al bajo desarrollo humano y baja capacidad de ingreso de los hijos. Un creciente número de estudios demuestra que el cuidado en la etapa prenatal, la atención durante el parto y el desarrollo en los primeros dos años de vida son elementos críticos para el progreso cognitivo, emocional y físico de los individuos. Los bajos niveles de salud son, entonces, una de las principales causas de la pobreza y de su persistencia en el tiempo: las llamadas trampas de pobreza.

En México hay evidencia estadística de que un grupo de la población vive en una trampa de pobreza. Romper con dicha trampa tendría un impacto sobre la población afectada y también sobre el crecimiento económico en su conjunto.

Situaciones adversas y trampas de pobreza

Las trampas de pobreza pueden ser generadas por riesgos idiosincrásicos, como las enfermedades y las lesiones, el desempleo o las adicciones, así como por riesgos adversos sistémicos, entre los que destacan las crisis económicas, las epidemias y los desastres naturales. Con relación a las crisis económicas, los estudios realizados han encontrado que éstas tienen un impacto marcado sobre la nutrición y la mortalidad infantiles. Para el caso de las epidemias y los desastres naturales, no existen estudios que analicen su impacto sobre la merma de capital humano pero se esperaría que los efectos también fueran significativos.

Si la salud es un acervo clave para el crecimiento económico y el nivel de vida de la población, resulta muy importante evitar su deterioro en situaciones adversas. De allí la relevancia de contar con mecanismos de protección social que mitiguen el impacto de situaciones adversas en la población pobre o en severo riesgo de empobrecerse. La ausencia de dichos mecanismos, además de crear trampas de pobreza, puede tener efectos negativos sobre el crecimiento económico por la ya mencionada asociación positiva entre salud y crecimiento.

Fallas del mercado y subinversión en salud

Dada la importancia de la salud como determinante del crecimiento económico y de la pobreza, contar con niveles adecuados de inversión en la salud de la

población adquiere especial relevancia. En todos los países, y sobre todo en aquellos donde hay un grupo significativo de población pobre, la inversión privada en salud estará por debajo del óptimo social debido a la presencia de fallas del mercado. Estas últimas ocurren debido, por ejemplo, a la presencia de restricciones de acceso al aseguramiento y al crédito, a las fallas de información sobre los beneficios de invertir en salud y a la alta preferencia por el consumo presente de la población pobre.

Dada la presencia de fallas del mercado, la acción pública será necesaria para acercarse a los niveles óptimos de inversión en salud desde el punto de vista de la sociedad. Esta acción cubre una amplia gama de iniciativas como son financiar un sistema de salud pública de acceso gratuito o cuasi gratuito, subsidiar la demanda de servicios de salud a través de un sistema de aseguramiento universal con proveedores del sector público y privado, subsidiar la inversión de los hogares en la salud de sus miembros mediante programas de transferencias condicionadas (como lo hace el programa Oportunidades) y establecer los marcos regulatorios requeridos para corregir o cuando menos mitigar el impacto de las fallas de mercado.

Bienes públicos

Los bienes públicos vinculados a la salud incluyen aquellos tradicionalmente asociados a acciones de salud pública como sistemas para asegurar la potabilidad del agua y la reducción de la contaminación; aquellos relacionados con la información y el conocimiento, como la protección de los derechos a la propiedad intelectual para asegurar que se siga avanzando la investigación científica y la diseminación y estandarización de la información; y aquellos relacionados con la erradicación y control de enfermedades transmisibles, la vigilancia epidemiológica y la prevención de siniestros.

La inversión en una mayor oferta de bienes públicos ayuda a superar las trampas de pobreza y disminuye las desigualdades que existen en una sociedad, dado que, por su naturaleza de no exclusión y a diferencia de la atención médica, benefician de forma amplia a la población.

El gobierno puede compensar la subinversión que, por definición, existe en bienes públicos. Esto no significa, sin embargo, que sea aconsejable invertir en todos los bienes públicos sin analizar primero los costos y los beneficios de cada uno. La evidencia muestra que, por ejemplo, la inversión en la prevención y en

políticas “saludables” (por ejemplo, en agua potable) tiene grandes beneficios. En suma, si el objetivo es optimizar el uso de los recursos desde el punto de vista social, la acción pública es necesaria tanto por la presencia de fallas del mercado como por la necesidad de producir de bienes públicos.

Los niveles de salud en México

México, según lo demuestran los indicadores de salud, tiene un acervo de salud por debajo del esperado para un país clasificado como de ingreso medio alto. Si bien la esperanza de vida al nacer para el promedio de la población es consistente con el nivel de ingreso per cápita, la tasa de mortalidad infantil es 22% más alta que la esperada y la mortalidad por enfermedades crónicas como la diabetes es el doble en México que en Argentina.¹⁵²

Además, si se toman como parámetro las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs), los resultados en términos de su evolución son mixtos. La reducción de la mortalidad en menores de cinco años y de prevalencia de bajo peso en menores de cinco años muestran una evolución satisfactoria, no siendo el caso de la mortalidad materna.

Aunque la población mexicana ha visto mejorar considerablemente su esperanza de vida al nacer, es importante superar los rezagos históricos en las tasas de mortalidad materna y mortalidad en menores de cinco años para alcanzar niveles satisfactorios y equiparables con el potencial de un país con un ingreso per cápita como el de México. La reducción acelerada de la mortalidad materna y en menores de cinco años en México es una tarea que requiere superar las deficiencias y la desigualdad en el acceso a los servicios de salud y en la calidad de los mismos.

En México existe un alto nivel de heterogeneidad en indicadores de desarrollo social y humano, tanto entre grupos socioeconómicos como entre regiones y grupos étnicos. Por ejemplo, en el municipio con menor Índice de Desarrollo Humano, es decir, Metlatónoc, en el estado de Guerrero, la tasa de mortalidad en menores de un año es de 66.9 por cada mil niños nacidos vivos, mientras que la delegación Benito Juárez de la Ciudad de México presenta una tasa de 17.2. La tasa de mortalidad infantil del decil más pobre es de 38 por mil y la del decil más rico es de 19.7 por mil. La estatura media de un adulto

¹⁵² Según datos para 2002.

del decil más pobre es de 1.53 m y la del decil más rico es 1.61 m. La tasa de mortalidad materna también muestra grandes contrastes.

Un corolario importante de lo anterior es que los logros a nivel nacional no necesariamente significan avances satisfactorios en las condiciones de salud de los grupos más pobres. De allí la necesidad de supervisar el progreso a nivel estatal y, cuando sea factible, a nivel municipal.

La situación de México presenta un desafío adicional. Además de tener que enfrentar los retos epidemiológicos del rezago (mortalidad materna e infantil), se tiene que hacer frente a los desafíos de la transición demográfica, como las enfermedades crónico-degenerativas, cuya incidencia ha aumentado considerablemente durante los últimos años en función del crecimiento del ingreso por habitante y el envejecimiento de la pirámide demográfica.

La inversión pública en salud en México

La información disponible sugiere que: i) la inversión en salud en México es menor a la requerida y a la esperada para un país con el nivel de desarrollo y necesidades como el nuestro y ii) la distribución de los recursos no contribuye cabalmente a reducir las grandes disparidades en indicadores de salud. Como consecuencia de estos dos factores, el sistema de financiamiento del sector salud es marcadamente inequitativo. Por otra parte, la evidencia indica que los recursos no se utilizan necesariamente en aquellas intervenciones que permiten obtener los mejores resultados para la población en su conjunto.

La insuficiencia del nivel de inversión pública en salud se refleja, entre otras cosas, en que una alta proporción de las personas (más del 50%) no cuenta con ningún tipo de seguro, y en que el gasto de bolsillo representa más de la mitad del gasto total en salud. Debido a esto, un alto porcentaje de los hogares mexicanos corre el riesgo de incurrir en gastos catastróficos por motivos de salud e intensificar su grado de pobreza o convertirse en pobres si deciden acceder a la atención médica. Estos factores han llevado a México a ocupar el lugar número 144 de entre 189 países en un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2000. Este estudio estableció que el problema más crítico que presentó México fue la falta de “equidad en la contribución financiera,” ya que más de la mitad de la población estaba excluida de sistemas de seguridad social y casi la totalidad del dinero que circulaba en el sector privado provenía de gastos de bolsillo.

El gasto público en salud es ligeramente regresivo a nivel nacional. Al mismo tiempo que existen marcadas diferencias en la asignación de recursos entre la población cubierta y no cubierta, hay también una desigualdad en la asignación geográfica de recursos. Con base en el índice de marginación elaborado por el Consejo Nacional de Población, se concluye que aquellos estados con un índice de marginación menor son los que reciben mayor cantidad de recursos públicos, y que a la vez su población cuenta con una mayor cobertura de la seguridad social.

Dada la gran desigualdad observada en los indicadores de salud, encontrar que el gasto público en salud es, en el mejor de los casos, neutro desde el punto de vista distributivo es un defecto del sistema que habrá que corregir. Lo deseable y conveniente sería que el gasto público en salud fuera altamente redistributivo. Es importante señalar que en los últimos años se han hecho esfuerzos por corregir esto pero que resultan todavía insuficientes. El cambio más significativo entre los años 2000 y 2006 ha sido el incremento de más de 70% en términos reales de los recursos federales para la población sin seguridad social. Considerando que la población sin seguridad social representa poco más de la mitad de la población nacional, a pesar del incremento todavía existe un desbalance en el gasto público por beneficiario a favor de la población asegurada.

El aumento mencionado en el párrafo anterior está asociado a la reciente introducción del Seguro Popular. Al cierre de 2005, el Seguro Popular había incorporado a 11.4 millones de personas principalmente de los dos deciles de menor ingreso. El Seguro Popular es un esquema de aseguramiento en salud que se enfoca a las familias que por sus condiciones laborales no cuentan con acceso a la protección de las instituciones de seguridad social. La progresividad del gasto canalizado a través del Seguro Popular permite esperar que el incremento del gasto en salud a través de este instrumento tendrá un impacto positivo en la cobertura de la población en condiciones de pobreza. Es importante recalcar que el Seguro Popular debe verse como una solución transitoria ya que el esquema ideal es aquel adonde la totalidad de la población esté inscrita en el sistema formal de seguridad social.

El aseguramiento en salud que provee el Seguro Popular cuenta con un paquete de intervenciones médicas y medicamentos explícitamente definidos. La incorporación de familias se realiza mediante un esquema de prepago subsidiado, mientras que los servicios de salud a la persona se distribuyen en un

paquete de servicios esenciales y en un paquete de servicios de alto costo financiado a través de un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Dado que la población no asegurada representa poco más de la mitad de la población nacional, a pesar del incremento todavía existe un desequilibrio en el gasto público por beneficiario a favor de la población con seguridad social. En particular, para lograr las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la tasa de mortalidad infantil y de la tasa de mortalidad materna, un cálculo elaborado por la CMMS encuentra que el gasto total en el sistema de salud con respecto al PIB debiera aumentar de 6.1% (cifra del 2003) hasta alcanzar un 7.7% en el 2015.

Cabe enfatizar que tan importante es incrementar los recursos públicos para la salud y hacer más equitativa su distribución, como reducir la discrecionalidad en la asignación de los recursos y privilegiar el financiamiento de las intervenciones más eficaces —ya que el sistema actual asigna recursos de manera desproporcionada a la curación y la atención de primer nivel y descuida la prevención—, así como estimular la inversión en áreas complementarias fuera del sistema de salud, como el acceso al agua potable y el alcantarillado.

*Subsidios al consumo familiar en salud:
el programa Oportunidades*

Si bien en México existen diferentes programas gubernamentales fuera del sistema de salud que producen beneficios para la salud, el más importante en términos de recursos y cobertura es el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades administrado por la Secretaría de Desarrollo Social, un programa de transferencias en efectivo con la condición de que todos los miembros acudan a los servicios de salud, que las madres asistan a sesiones de información nutricional e higiene y que los niños asistan a la escuela. En el 2005 Oportunidades atendió, aproximadamente, a 5 millones de familias en más de 70 mil localidades de todo el país, tanto en zonas rurales como urbanas, con un presupuesto superior a los 25 mil millones de pesos.

Algunas estimaciones indican que la incorporación al programa Oportunidades se asocia con una reducción de 11% en la mortalidad materna y de 2% en la mortalidad en menores de un año. Para el caso de la mortalidad materna, el efecto de Oportunidades es más fuerte en municipios de media y muy alta marginación, y para el caso de mortalidad infantil, en municipios de muy alta marginación. El consumo promedio de alimentos de los hogares de Oportunidades,

después de un año de operación del programa, era 11% mayor al de hogares no participantes. Este aumento se debió en gran parte a mayores gastos en frutas, verduras y productos animales. La ingesta calórica media de los hogares aumentó en 7.8%. Debido al procedimiento de selección de beneficiarios, Oportunidades es un mecanismo redistributivo importante.

La protección social para riesgos de salud en México

Desde una perspectiva económica, el aseguramiento contra riesgos de salud puede verse como “la otra cara de la moneda” de la inversión en la salud como parte del capital humano. El aseguramiento previene (y compensa los efectos negativos causados por) el deterioro de dicho capital ante eventos adversos de salud que el individuo o las familias no pueden evitar.

En México, los mecanismos que provee el Estado de aseguramiento para riesgos asociados a la salud están vinculados a la situación laboral de los jefes de familia. Los tres principales sistemas son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que atiende a los trabajadores cubiertos por el Apartado “A” del artículo 123 constitucional (sector formal y privado de la economía); el Instituto de Seguridad Social y Servicios a los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que atiende a los trabajadores cubiertos por el Apartado “B” del mismo artículo (empleados del gobierno federal), y los servicios estatales de salud y hospitales federales que atienden a la población no incluida en los apartados ya mencionados. La introducción del Seguro Popular de Salud, como una modalidad de este último ha significado un cambio importante y positivo en la forma de operación de los servicios estatales de salud, particularmente, en materia de equidad en el financiamiento y la ampliación de coberturas.

Cada uno de estos sistemas ha contado con un esquema propio e independiente de financiamiento, aseguramiento, pago y provisión de los servicios médicos. La segmentación ha tenido diversas consecuencias desfavorables, siendo la más importante la falta de cobertura que de facto tiene la población no asegurada; además se generan otros problemas:

a. Mercado laboral: menor movilidad de los trabajadores y por ende una fuente de ineficiencia en el sector productivo.

b. Financiamiento: toda vez que el gasto público per cápita (o por familia) es distinto en cada uno de los tres sistemas, el gasto público adquiere un carácter inequitativo.

c. Aseguramiento: menor eficiencia en la compensación de riesgos, lo cual implica un costo diferenciado para las distintas poblaciones aseguradas, siendo probablemente más elevado el costo para la población de menores ingresos.

d. Pagos: los esquemas de asignación del presupuesto han provocado dos tipos de problemas. Por un lado, se observa la falta de incentivos para racionalizar el gasto; por otro lado, existe un gasto excesivo en atención especializada (tercer nivel) a costa de un gasto insuficiente en salud preventiva y medicina de familia (primer nivel). Ambos elementos distorsionan el modelo de atención de salud y elevan sus costos.

e. Provisión de servicios: la fragmentación y prevalencia de redes cerradas de atención al interior de cada institución ha impedido el desarrollo de un intercambio flexible de servicios que, por una parte, genere los incentivos para abatir los costos y, segundo, ha provocado la sobreinversión en infraestructura médica en las zonas urbanas de mayor nivel de ingreso y la subinversión en este tipo de infraestructura en el resto del país.

Salvo la reciente introducción del Seguro Popular, la evolución histórica de los tres principales subsistemas de atención a la salud careció de mecanismos que aseguraran su transparencia y una adecuada rendición de cuentas. Estas deficiencias impidieron el desarrollo de esquemas de evaluación de los resultados de su operación que permitieran medir su contribución al nivel general de salud en el país o su eficiencia técnica y económica. Tampoco se generaron instrumentos que indujeran a estas instituciones a responder a las preferencias de los usuarios.

En este contexto, la falta de un marco legal claro que, entre otros propósitos, permitiera delimitar con precisión las responsabilidades financieras de cada uno de los ramos de aseguramiento en instituciones de seguridad social llevó a debilitar su viabilidad financiera y actualmente se encuentran en una situación sumamente precaria. Desde su origen nunca se dieron en estas instituciones los mecanismos necesarios para asegurar que los beneficios que se ofrecían estuviesen actuarialmente financiados y para que estos beneficios fuesen congruentes con las metas en materia de salud de la población. Esta situación dio lugar a un modelo de atención sanitaria (común para el IMSS, el ISSSTE e incluso para la Secretaría de Salud) que resultó muy deficiente desde el punto de vista técnico y que fue incapaz de abatir las brechas de salud que se observan en nuestra población.

RECOMENDACIONES

Recomendación 1. Establecer metas congruentes con el nivel de ingreso per cápita de México

En México, país que se encuentra entre las economías más importantes del mundo, hay un rezago significativo y una gran desigualdad en indicadores básicos de salud como la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad materna. En este último indicador el grado de avance está incluso por debajo del requerido para cumplir con la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Con el fin de enfocar mejor los esfuerzos institucionales y recursos, se requiere un replanteamiento de las metas, para ir “más allá” de los Objetivos del Milenio:

1. Para los indicadores de salud como, por ejemplo, la mortalidad infantil y materna, en que México tiene niveles por encima de lo que corresponden, se debe plantear una fecha más cercana que el 2015 para el logro de la meta.

2. En el caso de indicadores que presentan grandes brechas entre regiones, deben plantearse metas a nivel subnacional y en términos absolutos: por ejemplo, que en el 2015 ningún municipio tenga una tasa de mortalidad infantil por encima del promedio nacional de 1990.

3. Incorporar metas para reducir la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas cuya incidencia ha crecido de manera alarmante.

Recomendación 2. Aumentar la inversión pública en salud, cambiar su composición e introducir nuevos mecanismos de transparencia y rendición de cuentas, con miras a mejorar la efectividad y eficacia del gasto en salud

El nivel y la distribución de la inversión en salud son inadecuados para abatir los rezagos existentes. Se propone:

1. Incrementar la inversión en salud dentro del sistema de salud entre 1% y 1.5% del PIB de aquí al 2015. Este aumento —si los recursos son bien utilizados— corregiría parte importante de los rezagos y la desigualdad en los indicadores de salud.

2. Corregir cuanto antes la relación inversa entre grado de marginación del municipio y recursos públicos recibidos, y vincular la reasignación de recursos al logro de las nuevas metas propuestas a nivel subnacional, así como a un esquema de cobertura universal frente a riesgos de salud.

3. Garantizar la disponibilidad de recursos presupuestales para el cumplimiento de los objetivos planteados por la reforma a la Ley General de Salud

realizada en 2003 que establece la creación del Sistema de Protección Social en Salud.

4. Garantizar un esfuerzo coordinado de la inversión requerida fuera del sector salud para el logro de las metas y la cobertura universal: por ejemplo, agua potable, vialidad segura, mayor educación básica de las mujeres, información sobre prevención de enfermedades y protección del medio ambiente.

5. Introducir nuevos esquemas de transparencia y rendición de cuentas, con la participación de los usuarios, y llevar a cabo ejercicios de evaluación técnica, financiera y de impacto de los programas gubernamentales.

6. Privilegiar el financiamiento de aquellas intervenciones, tanto de salud a la persona como de salud pública, que sean más costo-efectivas. Para esto es necesario establecer con sustento técnico formas de jerarquizar los programas y las acciones. En particular, es importante reorientar el gasto de la atención médica a la prevención.

Lo anterior, aunado a las reformas a la seguridad social que se mencionan más abajo, debiera llevar a los siguientes resultados: i) lograr las nuevas metas mencionadas arriba, ii) garantizar una cobertura universal contra riesgos de la salud (sobre todo los catastróficos) iii) reducir la proporción de gasto de bolsillo a niveles comparables con las mejores prácticas a nivel internacional, y iv) disminuir el desperdicio de recursos.

Recomendación 3. Reformar el sistema de protección social para riesgos de salud

El actual sistema de seguridad social para riesgos de salud es ineficiente porque no integra la totalidad de los riesgos, y es desigual porque más del 50% de la población no está cubierto. Por ello se propone una reforma al sistema actual que no necesariamente implica tener que eliminar o fundir las instituciones encargadas de la atención médica.¹⁵³ A continuación se detallan los componentes del esquema propuesto:

1. Establecer un fondo único de financiamiento para la compensación de riesgos a nivel nacional. Esto permitiría obtener una ganancia fuerte en la eficiencia del sistema porque eliminaría la fragmentación actual.

¹⁵³ Idealmente, la reforma integral del sistema de salud debería hacerse con base en una concentración de los sistemas actuales, para generar la mayor eficiencia. Sin embargo, hacerlo puede llevar años sino décadas debido a los predecibles obstáculos políticos

2. Definir de manera explícita las intervenciones de atención médica que estarían cubiertas por este fondo. El propósito de esto es identificar aquellos riesgos que se consideren prioritarios ya sea por su impacto en el nivel de salud de la población en general o porque el costo de su atención pueda descapitalizar a la población de menores ingresos (y crear o profundizar las trampas de la pobreza). La amplitud de las intervenciones cubiertas por este seguro estará determinada sobre todo por la capacidad financiera del gobierno federal, toda vez que su financiamiento provendría principalmente de recursos presupuestales (contribuciones complementarias menores de los hogares de mayores ingresos podrían considerarse por cuestiones de equidad y eficiencia).

3. Cualquier otra contingencia de salud deberá ser atendida por esquemas complementarios que pueden o no estar asociados al régimen laboral de los beneficiarios.

4. Permitir a múltiples instituciones ser proveedoras de servicios de salud. Si bien los recursos para la atención médica saldrán del fondo único de financiamiento, esto no significa que deba existir una institución única para la provisión de los servicios. En particular, se puede considerar la posibilidad de que el IMSS, el ISSSTE y los servicios de salud de los estados ofrezcan los servicios que cubre este seguro, sin quedar excluida la posibilidad de que otras instituciones (públicas o privadas) puedan también participar como proveedores. Permitir la existencia de múltiples proveedores podría mejorar la eficiencia y resultar en servicios más sensibles a las preferencias de los usuarios, como resultado de la competencia.

5. Garantizar la portabilidad de derechos. La cobertura de los servicios incorporados en este seguro a toda la población significa, también, que los beneficiarios pueden cambiar su situación laboral o su ubicación geográfica sin perder el derecho a la atención médica.

Recomendación 4. Invertir en programas desarrollo infantil temprano y de prevención de mortalidad materno-infantil.

El desempeño laboral y la capacidad de aprendizaje a lo largo de la vida se fundamentan en el desarrollo infantil temprano. Asegurar la nutrición y la salud desde la gestación y los primeros dos años de vida constituye un elemento esencial del combate de la pobreza. Se recomienda:

1. Continuar con los programas exitosos como el programa de transferencias de ingreso condicionadas Oportunidades y la consolidación del Seguro Popular

de Salud, así como otros cuya evaluación arroje resultados positivos y llevar a cabo las modificaciones requeridas para aumentar más aún su efectividad.

2. Desarrollar programas que contribuyan a mejorar los niveles de educación, las oportunidades de ingreso y el poder de decisión dentro y fuera del hogar de las mujeres, en zonas rurales y urbanas marginadas.

La mayoría de las causas de mortalidad materna y en menores de cinco años se presentan con mayor frecuencia en las comunidades más pobres del país y actualmente ya se cuenta con alternativas costo-efectivas para su prevención. Su atención prioritaria puede no sólo reducir la mortalidad para el país en su conjunto, sino también puede ser un instrumento importante en la reducción de inequidades en salud y, eventualmente, de inequidades en ingreso. En particular, se recomienda lo siguiente:

1. Establecer redes de urgencias obstétricas que gocen de capacidad resolutive para brindar atención médica oportuna, y así prevenir y tratar padecimientos hipertensivos y de hemorragias del embarazo, que constituyen las principales causas de la relativamente alta incidencia de la mortalidad materna.

2. Asignar recursos etiquetados para combatir las principales causas de mortalidad materna e infantil.

*Recomendación 5. Proteger el acervo de salud
en situaciones adversas sistémicas.*

México ha enfrentado crisis económicas y desastres naturales con frecuencia, los cuales han tenido impactos importantes en los niveles de salud de la población sobre todo en los segmentos más pobres. A veces las situaciones adversas no afectan al país, pero tienen efectos devastadores para las zonas pobres (como cuando baja el precio del café, por ejemplo). Para mitigar el impacto de situaciones adversas sistémicas en el futuro se recomienda:

1. Generar fondos de contingencia durante los periodos de bonanza con reglas claras y transparentes para su uso.

2. Tener la capacidad institucional para poner en marcha programas de respuesta rápida que protejan a los hogares pobres de pérdidas irreparables en su capital humano: por ejemplo, programas de respuesta rápida a damnificados de desastres naturales, programas de nutrición para mujeres embarazadas y niños, programas de transferencias en efectivo o en especie (condicionadas o no condicionadas) y programas de empleo temporal.

No contar con estos mecanismos de protección social frente a situaciones adversas de carácter sistémico puede retrasar de manera significativa el logro de las metas de salud y con ello perder el impacto positivo que las mejoras en salud pueden tener sobre el crecimiento económico y la reducción de la pobreza.

APÉNDICE

GRUPOS DE TRABAJO

Grupo 1: Diagnóstico sobre el sistema de salud y el estado de salud en México con miras al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Elaboró un diagnóstico sobre el funcionamiento del sistema público de salud y del estado de la salud de los mexicanos durante la actual década, analizando, la relación existente entre desempeño institucional, políticas y problemática de salud. A partir de este análisis, el grupo evaluó la posibilidad de que México alcance las metas de salud establecidas en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 y las plasmadas en la Declaración del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas.

Coordinadores: Stefano Bertozzi Kenefick y Luis Felipe López-Calva

Grupo 2: Salud, desarrollo económico y reducción de la pobreza en México.

Analizó y cuantificó el papel de la salud en la dinámica intergeneracional de la pobreza en México, considerando tanto el impacto de la salud temprana sobre el ingreso futuro, como el impacto de la pobreza en oportunidades y niveles de salud. En concreto, buscó determinar la magnitud del impacto de la salud temprana en la transmisión intergeneracional del bienestar, específicamente en la formación cognitiva y educativa de los jóvenes, y en la salud y el ingreso de los adultos, diferenciando por niveles económicos. Asimismo cuantificó el impacto de la capacidad cognoscitiva, la educación, la salud y el ingreso de los padres sobre la salud infantil y el impacto de la pobreza sobre la salud.

Coordinadores: John Scott Andretta y David Mayer-Foulkes

Grupo 3: Políticas públicas sectoriales e intersectoriales para mejorar los niveles de salud.

Analizó la interacción entre las diferentes políticas públicas a fin de emitir recomendaciones para mejorar la respuesta institucional. En específico, estudió la interacción de las políticas de salud a nivel intrasectorial, así como los progra-

mas y estrategias prioritarios de las diferentes instituciones que prestan servicios de salud en México, evaluando su pertinencia, vacíos y duplicaciones. Asimismo, analizó la interacción de las políticas federales de salud con el resto de las políticas públicas sectoriales que tienen un impacto directo o indirecto sobre el estado de salud de la población y sobre sus determinantes.

Coordinador: Carlos Cruz Rivero

Grupo 4: Aseguramiento en salud y protección social.

Exploró esquemas alternativos de financiamiento de la salud, específicamente aquellos sustentados en estrategias de aseguramiento público y privado, que evitan que las familias —particularmente las de menores ingresos— incurran en gastos catastróficos y que al mismo tiempo dan mayor solidez financiera al sistema de salud. Igualmente, analizó alternativas para el manejo correcto de los riesgos que enfrentan las instituciones públicas de salud y de la incertidumbre asociada a la ocurrencia de desastres epidemiológicos y naturales.

Coordinador: Carlos Noriega Curtis

Grupo 5: Bienes públicos en el campo de la salud en México.

Realizó un estudio sistematizado sobre los bienes públicos en salud en México a fin de extraer recomendaciones de políticas públicas que contribuyan a mejorar los servicios de salud, que coadyuven a disminuir y prevenir la incidencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles, y que se inserten en el ámbito internacional contribuyendo a la provisión de bienes públicos globales en salud. Se analizaron los incentivos que promueven o impiden la producción y provisión de bienes públicos, a fin de proponer los mecanismos necesarios para aumentar la inversión en salud necesaria para proveerlos. Finalmente, buscó vincular a los bienes públicos con el mejoramiento de los niveles de salud y equidad en México.

Coordinador: Luis de la Calle Pardo y Amy Glover

FILIACIÓN INSTITUCIONAL DE LOS COMISIONADOS

Nora Lustig Tenenbaum, Presidenta

Directora del Grupo de Pobreza del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Eduardo González Pier, Secretario Ejecutivo

Titular de la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud.

Javier Beristáin Iturbide

Director General de Afore XXI

Stefano Bertozzi Kenefick

Director Fundador de la Dirección de Economía y Políticas de la Salud del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública

Jorge Bracero Cotty

Presidente y Director General de la Región Norte de América Latina de Pfizer S. A. de C. V.

Mario Bronfman Pertzovsky

Representante de la Fundación Ford en México y Centroamérica

Rolando Cordera Campos

Profesor de la Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México y Coordinador del Centro de Estudios del Desarrollo Económico de México

Carlos Cruz Rivero

Coordinador del Programa de Economía de la Salud del Departamento de Economía de la Universidad Iberoamericana

Luis de la Calle Pardo

Director de la firma De la Calle, Madrazo, Mancera, S. C.

Arturo Fernández Pérez

Rector del Instituto Tecnológico Autónomo de México

Fernando Flores y Pérez

Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

Juan Ignacio Gil Antón

Director Divisional de Líneas Comerciales del Grupo Nacional Provincial

Benjamín González Roaro

Ex-Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Carlos Hurtado López

Subsecretario de Egresos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público

Felicia Marie Knaul

Economista principal (con licencia) de la Fundación Mexicana para la Salud

Luis Felipe López-Calva

Director de la Maestría en Economía Pública del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey y Director de la oficina del Informe Nacional sobre Desarrollo Humano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

Gabriel Martínez González

Secretario General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social

David Mayer Foulkes

Profesor Investigador de la División de Economía del Centro de Investigación y Docencia Económicas

Carlos Noriega Curtis

Director de DECIDE, Consultores

Rogelio Ramírez de la O
Presidente de Ecanal, S.A

Jesús Reyes Heróles
Presidente de StructurA, Grupo de Economistas y Asociados

Clemente Ruiz Durán
Profesor de la Facultad de Economía, División de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México y Coordinador del Área de Economía Regional y Urbana del Posgrado de la Facultad de la misma institución

Manuel Sánchez González
Director Corporativo de Estudios Económicos del Grupo Financiero BBVA Bancomer

John Scott Andretta
Profesor Investigador de la División de Economía del Centro de Investigación y Docencia Económicas

Jaime Sepúlveda Amor
Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud

Guillermo Soberón Acevedo
Presidente Emérito de la Fundación Mexicana para la Salud y Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional para el Genoma Humano

Miguel Székely Pardo
Ex-Subsecretario de Planeación, Prospectiva y Evaluación de la Secretaría de Desarrollo Social

Misael Uribe Esquivel
Presidente de la Academia Nacional de Medicina

Félix Vélez Fernández-Varela
Subsecretario de Planeación, Prospectiva y Evaluación de la Secretaría de Desarrollo Social

Alejandro Werner Wainfeld

Titular de la Unidad de Planeación Económica de la Hacienda Pública de la
Secretaría de Hacienda y Crédito Público

SÍNTESIS BIOGRÁFICAS

Nora Lustig

Nora Lustig es Directora del Grupo de Pobreza del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Previamente fue Directora del Centro de Estudios sobre Globalización y Desarrollo del Tecnológico de Monterrey. Ha sido miembro Nivel III del Sistema Nacional de Investigadores y es miembro de la Academia Mexicana de Ciencias. Fue Rectora de la Universidad de las Américas, Puebla y Profesora Titular del Departamento de Economía de dicha institución, y también Asesora Principal y Jefa de la Unidad de Pobreza y Desigualdad del BID. Se desempeñó como Senior Fellow del Programa de Estudios de Política Exterior de la Brookings Institution, Profesora de Economía en el Centro de Estudios Económicos de El Colegio de México, Investigadora Visitante en el Instituto Tecnológico de Massachussets (MIT) y Profesora Visitante en la Universidad de California, Berkeley. Es miembro de varios consejos de instituciones académicas y comités editoriales. Fue miembro de la Comisión de Macroeconomía y Salud creada por la Organización Mundial de la Salud cuyo informe se publicó en 2001.

Como investigadora, Nora Lustig se ha dedicado al campo del desarrollo económico, con énfasis en el estudio de la economía mexicana y los determinantes de la pobreza y la desigualdad. Entre sus publicaciones recientes se encuentran: con François Bourguignon y Francisco Ferreira (editores), *The Microeconomics of Income Distribution Dynamics in East Asia and Latin America*, World Bank y Oxford University Press, 2005; *México: Hacia la reconstrucción de una economía*, 2ª Ed. Fondo de Cultura Económica y El Colegio de México, 2002 —traducción de la publicación en inglés—; (editor) *Shielding the Poor*, IDB y Brookings Institution, 2000; *Mexico, the remaking of an economy*, Brookings Institution, 1998; (co-editor con Sebastian Edwards) *Labor Markets in Latin American., Combining Social Protection with Market Protection*, Brookings Institution, 1997.

Nora Lustig es Doctora en Economía por la Universidad de California, Berkeley.

Eduardo González Pier

Eduardo González Pier es Titular de la Unidad de Análisis Económico en la Secretaría de Salud de México. Se incorporó al equipo del Secretario de Salud Julio Frenk Mora, en diciembre de 2000, al ser designado Coordinador General de Planeación Estratégica, donde participó activamente en la formulación del Programa Nacional de Salud 2001-2006 y en la reciente reforma a la Ley General de Salud que instituye el Sistema de Protección Social en Salud. Previamente, fue Coordinador de Políticas de Seguridad Social y posteriormente de Planeación en el IMSS. Con anterioridad, se desempeñó como economista en el Fondo Monetario Internacional y en el BM, y como consultor en Grupo de Economistas Asociados. Se ha desempeñado como Profesor en el ITAM, en la Universidad Iberoamericana y en la Universidad de Chicago.

Entre sus publicaciones más recientes se encuentran: los capítulos “Regulación saludable en el sector farmacéutico” (coautor con Adalberto González H.) y “Competencia y regulación en el mercado de servicios médicos” (coautor con Héctor Peña B.) en *Competencia Económica en México*, Editorial Porrúa 2004; y “Addressing Inequity in Health and Health Care” (coautor con Mariana Barraza L. y Stefano Bertozzi) en *Health Affairs*, May-June 2002.

Eduardo González Pier es Licenciado en Economía y Matemáticas por Washington and Lee University y obtuvo su Doctorado en Economía en la Universidad de Chicago.

Javier Beristain Iturbide

Javier Beristain es Director General de Afore XXI, empresa que ofrece productos y servicios financieros con el respaldo del IMSS y Prudential Financial. Se ha desempeñado como Secretario de Planeación y Finanzas del Gobierno del Distrito Federal y como Rector del Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM). Ha sido miembro de los Consejos de Administración de empresas financieras, organismos públicos, instituciones académicas y culturales, y de los consejos de asesores de revistas especializadas y centros de investigación.

Es Profesor Emérito del ITAM, donde ha impartido las materias de Introducción a la Economía, Microeconomía, Macroeconomía, Historia del Análisis Económico y Teoría y Política de la Distribución del Ingreso. Ha dirigido seminarios sobre economía de México y economía urbana, además de dictar conferencias sobre temas de economía, educación y finanzas públicas en el ITAM y otras instituciones de educación superior, administración pública y organis-

mos no gubernamentales de México y del extranjero. Es *Eisenhower Fellow* desde 1987.

Javier Beristain ha publicado diversos artículos sobre economía, educación y finanzas públicas, tales como: “El Desarrollo de las Políticas de Redistribución del Ingreso en el Período Post-revolucionario en México”; “Una Estimación de la Desigualdad en México”; “Proceso de Ajuste Macroeconómico, Ciudad de México: Retos de la Mayor Metrópoli”; y “El Reto de Financiar el Desarrollo del Distrito Federal”, entre otros.

Javier Beristain es Licenciado en Economía del ITAM.

Stefano Bertozzi Kenefick

Stefano Bertozzi es Director Fundador de la Dirección de Economía y Políticas de la Salud en el Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS) del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Asimismo, es coordinador y docente del Programa de la Maestría en Ciencias de la Salud, que se imparte conjuntamente con el Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C. (CIDE). En el INSP es además docente en el Doctorado en Sistemas de Salud.

Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores con Nivel I y posee la categoría de Investigador D del INSP/CISS. Sus proyectos de investigación son principalmente en materia de economía de la salud con énfasis en los aspectos económicos del VIH/SIDA. También se desempeña como Coordinador del Grupo de Referencia en Economía de ONUSIDA y es Profesor Invitado en el CIDE, en la Universidad de California en San Francisco y en la Universidad de California en Berkeley. Antes de laborar en el INSP, fue director del área de investigación de ONUSIDA, e investigador en el BM.

Stefano M. Bertozzi es Biólogo por el MIT, Doctor en Medicina por la Universidad de California en San Diego y Doctor en Políticas de Salud y Administración por el MIT.

Jorge Bracero Cotty

Jorge Bracero Cotty es Presidente y Director General de la Región Norte de América Latina de Pfizer. Se ha desarrollado al interior de la empresa Pfizer en varios países y en diferentes áreas del negocio farmacéutico, tales como mercadotecnia y ventas. Asimismo, fue Director General en Puerto Rico, el Caribe y Centro América. En Brasil como Director de la Operación Farmacéutica tuvo un éxito relevante en la fusión con Warner Lambert y en la optimización de ambas organizaciones.

Es miembro de la Mesa Directiva de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA) y de la Comisión de Propiedad Industrial. Participa activamente en la Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica. En el año 2002 la revista *Latin Trade* lo reconoció como uno de los mejores administradores de crisis en Latinoamérica.

Jorge Bracero Cotty obtuvo su título en pre-medicina en la Universidad Católica de Puerto Rico.

Mario Bronfman Pertzovsky

Mario Bronfman es Representante de la Fundación Ford en México y Centroamérica así como Investigador Titular “C” del INSP. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores y actualmente se desempeña como Secretario Regional del International Forum for Social Sciences in Health. Se ha desempeñado como Director de Investigación en el Consejo Nacional del SIDA, y como Coordinador de Asesores de la Subsecretaría de Salud de México.

Bronfman ha sido consultor de organizaciones internacionales y presidió el Comité de Investigación Social del Comportamiento y del Programa Global del SIDA de la OMS. Fue docente en universidades e instituciones de educación superior en América Latina. Es miembro de consejos editoriales como: *Cadernos de Saude Publica* (Brasil), *Salud Pública de México* (México), *Cuadernos Médico-Sociales* (Argentina), *Sciences Sociales et Sante* (Francia) y Revisor Editor de *Culture, Health and Sexuality* (Reino Unido). Ha publicado más de 50 artículos científicos y capítulos de libros; y ha sido co-autor de varios libros entre los que se destacan: *La mortalidad en México*; *SIDA en México*; y *Migración, Adolescencia y Género*.

Obtuvo la Licenciatura en Sociología en la Universidad Nacional de Buenos Aires y el Doctorado en Salud Pública en la Escuela de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz, en Río de Janeiro, Brasil.

Rolando Cordera Campos

Rolando Cordera es Profesor Titular “C” de tiempo completo en la Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y Coordinador del Centro de Estudios del Desarrollo Económico de México. Se desempeña como Coordinador del Seminario Universitario de la Cuestión Social y es miembro de la Junta de Gobierno de la UNAM, del Consejo Editorial de la revista *Trabajo Social* de la UNAM y del Consejo Editorial y la Mesa

Editorial de la revista *Nexos*. Durante 10 años fue Director y Conductor del programa televisivo semanal *Nexos*.

Es Consejero de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, miembro del Instituto de Estudios para la Transición Democrática, de la Academia Mexicana de Economía Política, del Consejo Consultivo de la Fundación UNAM, y Presidente de la Fundación Pereyra A.C. En 1998 recibió el Premio Universidad Nacional en Investigación en el área de Ciencias Económico-Administrativas.

Rolando Cordera, entre más de setenta artículos y ensayos, es autor de *Crónicas de la adversidad*, Cal y Arena, 1999; (compilador) 1995: *la Economía Mexicana en Peligro*, Cal y Arena, 1997; *Las decisiones del Poder*, Cal y Arena, 1989.

Obtuvo su Licenciatura en Economía en la UNAM y realizó estudios de postgrado en la London School of Economics en Londres, Inglaterra.

Carlos Cruz Rivero

Carlos Cruz Rivero es el Coordinador del Programa de Economía de la Salud del Departamento de Economía de la Universidad Iberoamericana. Entre 1999 y 2001 fue Coordinador de Proyectos Médicos del Crédito del BM para la Reforma de los Servicios de Salud en el IMSS. De 1996 y hasta 1997 desempeñó el cargo de Coordinador General de Estudios en Economía de la Salud en el Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social. Asimismo fungió como Director General de Estudios en Economía de la Salud en la Secretaría de Salud.

Algunas de sus publicaciones más recientes son: “The Role of Foreign Models in Mexican Healthcare Reforms of the 1990s” en *Learning from Foreign Models in Latin American Policy Reform*, 2004; “Cobertura geográfica del sistema mexicano de salud y análisis espacial de la utilización de hospitales generales de la Secretaría de Salud en 1998” en *Salud Pública de México*, 2002; “The Development of a Quality Information System: A Case Study of Mexico”, *Health Policy and Planning*, 1998; y “Consequences of the North America Free Trade Agreement for Health Services: A Perspective From Mexico”, *American Journal of Public Health*, 1994.

Carlos Cruz es Licenciado en Economía por la Facultad de Economía de la UNAM y Maestro en Ciencias de la Planeación y Financiamiento de la Salud por la Universidad de Londres en la London School of Economics and Political Science.

Luis de la Calle Pardo

Luis de la Calle se desempeña actualmente como Director de la firma De la Calle, Madrazo, Mancera, S.C. En el año 2002, formó parte de la empresa Public Strategies, Inc., como Director General de Asuntos Internacionales y Director General de la oficina en México. Fungió como Subsecretario de Negociaciones Comerciales Internacionales en la Secretaría de Economía de México, puesto al que fue designado tanto por el Presidente Vicente Fox como por el ex-Presidente Ernesto Zedillo. En este cargo, encabezó las negociaciones de México para los acuerdos de libre comercio con la Unión Europea, Fair Trade in Europe Association (EFTA) e Israel, además de otros importantes acuerdos bilaterales y multilaterales. Como Ministro para Asuntos Comerciales de la Embajada de México en Washington, D.C., participó en el diseño, promoción e instrumentación del Tratado de Libre Comercio con América del Norte (TLCAN).

Luis de la Calle laboró en el BM como economista de país para las repúblicas Checa y Eslovaca y para Polonia y la República de África (antigua Zaire). Entre otras organizaciones, es miembro del Institute of Public Council on Agriculture, Food and Trade; del Consejo Mexicano del Asuntos Internacionales; y del Instituto Mexicano para la Competitividad.

Luis de la Calle es Licenciado en Economía por el ITAM y Maestro y Doctor en Economía por la Universidad de Virginia.

Arturo Fernández Pérez

Arturo Fernández Pérez es Rector del ITAM. Fue Coordinador de Asesores del Secretario de Comercio y Fomento Industrial y Coordinador del Programa de Desregulación Económica de la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial (SECOFI). Fue Asesor de la Subsecretaría de Ingresos y Director de Política de Impuestos Directos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

En el sector privado, ha sido miembro del consejo de administración de las siguientes empresas: Industrias Peñoles, Grupo Nacional Provincial, Grupo Financiero BBVA Bancomer, El Palacio de Hierro, Valores Mexicanos y FEMSA (Cocacola).

Obtuvo el Premio Nacional de Economía a nivel Investigación, BANAMEX en 1987 con la tesis doctoral *Teoría de la Tributación en una Economía Abierta y Pequeña: Un Análisis y Simulaciones con Referencia Especial al Caso de México*.

Arturo Fernández es Licenciado en Economía por el ITAM. Cursó la Maestría y obtuvo el grado de Doctor en Economía en la Universidad de Chicago.

Fernando Flores y Pérez

El Lic. Fernando Flores y Pérez se desempeña actualmente como Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social, del cual fue Subdirector General Administrativo durante el período 1984-1991. Previo a su actual encargo, fungió como Subsecretario del Trabajo, Seguridad y Previsión Social en la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

El Lic. Flores tiene una extensa carrera profesional en la industria aérea habiéndose desempeñado como Presidente del Consejo y Director General de Compañía Mexicana de Aviación por diez años, de la que también fue Director Jurídico, así como Director General de Aeroméxico.

Fernando Flores es licenciado en Derecho por la Universidad Iberoamericana.

Juan Ignacio Gil Antón

Juan Ignacio Gil Antón es miembro del Consejo Directivo del Grupo Nacional Provincial desde 1999. Anteriormente, fue Presidente de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF). Ha desempeñado distintos cargos en organizaciones públicas y privadas entre las cuales destacan la Secretaría de Turismo, la SHCP, la SECOFI, la Secretaría de Planeación y Presupuesto y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Adicionalmente, ha participado en varios comités, conferencias y seminarios.

Ha sido miembro de *The International Association of Insurance Supervisors* (IAIS), de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores (CNBV) y de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR). En el ámbito académico Juan Ignacio Gil ha sido Profesor de Tiempo Parcial en el ITAM impartiendo cursos de Macroeconomía, Microeconomía y Finanzas.

Juan Ignacio Gil Antón es Licenciado en Economía por el ITAM y ha realizado diversos cursos en los EE.UU.

Benjamín González Roaro

Benjamín González Roaro, se desempeñó como Director General del ISSSTE de diciembre del 2000 a marzo del 2006. En 1977 inició su trayectoria en el sector público como Asesor de Investigaciones Económicas en el Banco de México.

En 1991 fue electo Diputado Federal por mayoría relativa de la LV Legislatura y en 1994 fue nombrado Subsecretario de Servicios Educativos de la Secretaría de Educación Pública.

A lo largo de su trayectoria ha sido conferencista en diversos foros y catedrático de la UNAM. Asimismo, ha sido miembro de los Órganos de Gobierno del Colegio de Bachilleres, de la Comisión Nacional de Libros de Texto Gratuito, de la CONSAR, del INFONAVIT, entre otros. También vocal del Consejo Nacional de Participación en la Educación y Consejero del Consejo General de Salud.

En 1980 fue distinguido con el Premio Nacional de Economía “Juan F. Loyola”; y posteriormente con la preseña de la Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística. Ha sido editorialista de *El Financiero* y de *El Sol de México* y tiene publicaciones en las materias de Educación y Seguridad Social.

Benjamín González Roaro realizó sus estudios de Licenciatura en Economía en la UNAM

Carlos Hurtado López

Carlos Hurtado actualmente se desempeña como Subsecretario de Egresos de la SHCP. Anteriormente fue Coordinador de Asesores para Asuntos de Política Económica y Social en la Presidencia de la República, Coordinador General de Asesores del Secretario de Hacienda y Crédito Público, Representante Permanente de México ante la OCDE, Coordinador General del Fondo Nacional de Apoyo a Empresas de Solidaridad y Director General de Política Económica y Social, Coordinador General de Análisis Económico y Social de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), Director General de Crédito de la SHCP, entre otros puestos dentro del sector público.

En el ámbito académico fue Director del Centro de Análisis e Investigación Económica del ITAM y Profesor de Tiempo Completo en la misma institución. Además, es autor de diversos artículos de política macroeconómica.

Realizó sus estudios de Licenciatura en Economía en el ITAM y obtuvo el Doctorado en Economía en la Universidad de Chicago.

Felicia Marie Knaul

Felicia Marie Knaul actualmente es Coordinadora General para la Modernización Administrativa de la Educación. Es economista principal (con licencia) de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD). Asimismo, se desempeñó como Coordinadora General de Análisis y Prospectiva en la SEDESOL, como Economista en la OMS colaborando también con el equipo a cargo del Informe Mundial de la Salud 2000. Asimismo, ha trabajado como Directora de Desarrollo,

Directora del Programa de Economía de la Salud y Profesora-Investigadora del CIDE. Ocupó el cargo de Asesora del Director de Finanzas del IMSS de 1995 a 1996. Ha trabajado como consultora para el BM, el BID y la OTI.

Felicia Marie Knaul ha publicado numerosos artículos en prestigiosas publicaciones de organismos internacionales e instituciones académicas. Entre los más destacados se encuentran: *Financial Crisis, Health Outcomes and Ageing: Mexico in the 1980s and 1990s*; *Pobreza y salud*; *Health and the Economy: Empowerment Through Evidence*; y *The Impact of Child Labor and School Dropout on Human Capital: Gender Differences in Mexico*.

Obtuvo su Licenciatura en Economía y Estudios de Desarrollo Internacional en la Universidad de Toronto y su Doctorado en Economía en la Universidad de Harvard.

Luis Felipe López-Calva

Luis Felipe López-Calva fue Profesor de Economía con licencia en la Universidad de las Américas (UDLA), Puebla, y actualmente Profesor y Director de la Maestría en Economía Pública de la Escuela de Graduados en Administración Pública del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM), campus ciudad de México. Asimismo, es Coordinador del equipo responsable del Informe Nacional sobre Desarrollo Humano del PNUD; es miembro del Comité Técnico de Medición de la Pobreza de SEDESOL y del Consejo Científico Nacional de esa misma secretaría. Se ha desempeñado como Director del Instituto de Políticas Públicas y Estudios del Desarrollo en la UDLA, Puebla. Ha sido *Ivy-League Exchange Scholar* en la Universidad de Harvard, en donde fue también Coordinador Académico del Programa de Privatización y Reforma Regulatoria en el HIID (hoy *Center for International Development*). Coordinó el mismo programa en la Universidad de Princeton en 2002.

Ha publicado artículos especializados en el *Journal of International Affairs*, *The Review of Development Economics*, *Ces-Ifo Economic Studies*, *Economía, Gestión y Política Pública*, *Estudios Económicos y Economía Mexicana*. En proceso de publicación se encuentran los libros *FTAA and Beyond* por *Harvard University Press* y *La Medición del Desarrollo Humano en México* (coedición) por el Fondo de Cultura Económica.

López Calva es Licenciado en Economía por la UDLA, Puebla. Obtuvo el grado de Maestro en Economía por la Universidad de Boston; y Maestría y Doctorado en Economía en la Universidad de Cornell.

Gabriel Martínez González

Gabriel Martínez actualmente se desempeña como Secretario General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Anteriormente ocupó el puesto de Director de Planeación y Finanzas del IMSS, en el que impulsó proyectos para reformar la tesorería, el sistema contable, la estrategia presupuestal, y la gestión hospitalaria de clínicas y centros infantiles. También fue Coordinador de la Unidad de Desregulación Económica de la SECOFI. Ha sido delegado de México en los Comités de Ley y Política de Competencia, Administración Pública y Protección al Consumidor, en la OCDE. Ha impartido cursos sobre teoría de precios, econometría, regulación, economía laboral, leyes y economía y sobre la economía mexicana en el ITAM.

Entre sus publicaciones destacan los siguientes libros: *Desregulación Económica en México*; y una colección de tres libros sobre las reformas a la seguridad social: *Aportaciones al Debate* en 1996; *Evidencias para el Debate* en 1997; y *Perspectivas para el Debate* en el 2000.

Gabriel Martínez es Licenciado en Economía por el ITAM y Doctor en Economía por la Universidad de Chicago.

David Mayer-Foulkes

David Mayer-Foulkes es Profesor-Investigador en el CIDE desde 1991. Asimismo, es Director de la revista *Economía Mexicana Nueva Época*. Como investigador es miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Fue Profesor Visitante del Departamento de Economía de la Universidad de Brown y del Instituto de Economía Mundial de la Universidad de Kiel.

Su tema principal de investigación es el crecimiento económico, que aborda desde dos puntos de vista, el de su relación con el desarrollo humano y la salud, y el del cambio tecnológico. Con respecto al primero, ha realizado una serie de trabajos para la Organización Panamericana de la Salud, en los que se confirma el impacto de la salud y especialmente del desarrollo infantil temprano sobre el crecimiento económico para México y América Latina, establece la posibilidad teórica de trampas de capital humano relacionadas con la salud y finalmente se comprueba la existencia de éstas para el caso de México. Respecto del segundo, ha realizado trabajos tanto teóricos como empíricos sobre la posibilidad de trampas tecnológicas que caracterizan el subdesarrollo. Cuenta con investigaciones, en ambas líneas de trabajo, que han sido premiadas por Global Development Network (Red Global de Desarrollo) y publicadas en revistas como el *Quarterly Journal of Economics*.

David Mayer es Licenciado en Matemáticas por la Universidad de Oxford, realizó estudios de Doctorado en la Universidad de California, Berkeley y obtuvo su Doctorado en la Facultad de Ciencias de la UNAM.

Carlos Noriega Curtis

Carlos Noriega actualmente se desempeña como consultor en temas relacionados con la seguridad social, el sector financiero y las finanzas públicas. Ha sido funcionario público ocupando los puestos de Subsecretario de Hacienda y Crédito Público, Coordinador General de Asesores del Secretario de Hacienda y Director General de Planeación Hacendaria en la SHCP. Asimismo, se desempeña como Director General Adjunto del Instituto del Fondo Nacional para la Vivienda de los Trabajadores (INFONAVIT) y Gerente de Investigación Económica del Banco de México.

Destaca su participación en la reforma a los regímenes de aseguramiento del IMSS, en particular la creación del nuevo régimen de pensiones, así como la creación del Seguro de Salud para la Familia y de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro y las reformas a la Ley del INFONAVIT. En el sector financiero colaboró en el diseño de la Ley de Concursos Mercantiles y la autonomía del Banco de México. Recientemente se ha incorporado a los procesos de reformas a los regímenes de pensiones de los trabajadores de los gobiernos de los estados de Hidalgo y Coahuila, así como en las reformas operativas en las áreas de salud y finanzas del ISSSTE. Es miembro del Comité Externo de Sociedad de Inversión de Banco IXE, del Colegio Nacional de Economistas y ha sido Profesor en los programas de Licenciatura y Maestría en Economía del ITAM.

Carlos Noriega es Licenciado en Economía por el ITAM y Doctor en Economía por la Universidad de Rochester, Nueva York.

Rogelio Ramírez De la O

Rogelio Ramírez De la O es actualmente Presidente de Ecanal, S.A., empresa privada de análisis económico. Asesora a empresas nacionales y extranjeras en los ramos automotriz, bienes de consumo, bebidas, farmacéutico y fondos de inversión entre otros. Es miembro del Consejo de ABN- AMRO Bank y del Grupo Modelo. Es frecuentemente consultado por la prensa financiera, quien lo considera como uno de los pocos economistas independientes, sobre las perspectivas económicas de México. Es reconocido como uno de muy pocos economistas

que previeron la crisis del peso de 1994 y posteriormente la crisis y rescate de la banca con sus consecuentes efectos fiscales.

Colabora con instituciones mexicanas y extranjeras en programas de estudio y análisis sobre México, abarcando temas como flujos de capital, acuerdos de libre comercio y globalización. Es miembro de asociaciones profesionales en México, Estados Unidos y Europa, y orador en foros económicos internacionales.

Algunas de sus publicaciones más recientes son: *Le basements pour le développement du Mexique*, Prestige Communication, Paris, forthcoming, Novembre, 2004; y “The future of monetary cooperation in NAFTA” in S Weintraub (editor) *The Next Ten year of NAFTA*, Center for International Strategic Studies, Washington, 2004.

Rogelio Ramírez es Licenciado en Economía por la UNAM y Doctor en Economía por la Universidad de Cambridge, Inglaterra.

Jesús Reyes Heróles G.G.

Jesús Reyes Heróles es Presidente de StructurA, empresa de consultoría.

Se ha desempeñado como Embajador de México en Estados Unidos de América de octubre de 1997 a noviembre de 2000. Previamente fue Secretario de Energía en el gabinete del Presidente Ernesto Zedillo y Director General de Banobras (institución pública de banca de desarrollo).

Dentro de sus actividades en el sector privado ha sido Cofundador, Presidente del Consejo y Director General del Grupo de Economistas y Asociados (GEA), empresa de consultoría que él co-fundó. También fue miembro del Grupo de Personas Eminentes de la Asia-Pacific Economic Cooperation (APEC). Es miembro de los consejos de administración de Banamex Citigroup y de Wal-Mart México. Asimismo, es miembro de los patronatos de la Fundación Gonzalo Río Arronte y de la Universidad Iberoamericana (FICSAC). Tiene diversas publicaciones en revistas académicas. Adicionalmente, publica semanalmente en el diario *El Universal*.

Jesús Reyes Heróles es Licenciado en Economía por el ITAM y con estudios de derecho en la UNAM. Doctor en Economía por el MIT.

Clemente Ruiz Durán

Clemente Ruiz Durán es miembro del Sistema Nacional de Investigadores con Nivel III y actualmente dirige la Cátedra Extraordinaria “Jesús Silva Herzog” en el área de Economía Mexicana y Macroeconomía Global de la Facultad de Economía

de la UNAM. Asimismo, es Coordinador del Área de Economía Regional y Urbana del Posgrado de la Facultad de Economía de la misma universidad.

Ruiz Durán ha sido Profesor Invitado en diferentes universidades nacionales e internacionales y consultor de la United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD), del BID, de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), del Gobierno de la República Mexicana, de SEDESOL, de la Secretaría de Economía, del Gobierno del Distrito Federal y del BM. Recientemente galardonado con un Doctorado *Honoris Causa* por la Universidad Autónoma de Baja California, recibió el Premio Universidad Nacional en el área de ciencias económico-administrativas en el año 2000.

Ruiz Durán es autor de más de 100 artículos en publicaciones especializadas y ha publicado 18 libros dentro de los cuales destacan *Macroeconomía Global: Fundamentos Institucionales y de Organización Industrial; Sistemas de Bienestar Social en Norteamérica Análisis Comparada; y Dimensión Territorial del Desarrollo Económico de México* (FCE-UNAM 2004).

Durán es Licenciado en Economía por la Universidad Anáhuac, obtuvo su Doctorado en Economía en la Universidad de Pittsburgh y se especializó en Instituciones del Bienestar en la Universidad de Uppsala.

Manuel Sánchez González

El Dr. Manuel Sánchez González es Director de Proyectos Empresariales de BBVA en México y hasta octubre de 2004, fue Director Corporativo de Estudios Económicos del Grupo Financiero BBVA Bancomer. Se incorporó a este Grupo en 1993, como Director de Análisis Financiero y Relaciones con Inversionistas y, durante 1995-97, fue Director de Planeación y Finanzas de la Banca de Servicios del Grupo.

Antes de pertenecer a BBVA Bancomer, el Dr. Sánchez fue Director General del Centro de Análisis e Investigación Económica del Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM). Es profesor de economía en ese Instituto y ha enseñado en varias universidades nacionales y extranjeras, incluyendo Boston College y la Universidad de Chicago.

Ha sido consejero y consultor para varias empresas y organismos internacionales y, anteriormente, trabajó como economista para los Grupos Industriales Alfa y Vitro.

Es autor de numerosos artículos publicados en libros y revistas especializadas y de divulgación general. Fue coordinador y editor del libro *Procesos de*

Privatización en América Latina publicado en 1993 por el Banco Interamericano de Desarrollo, con la participación de centros de investigación de Chile, México, Colombia y Argentina. Es colaborador del periódico Reforma.

Se graduó como licenciado en economía en el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, tiene maestría en ciencias por la Universidad de Missouri y maestría y doctorado en economía por la Universidad de Chicago.

En 1980 la American Agricultural Economic Association le otorgó el premio de la mejor tesis de maestría. En Chicago, trabajó como profesor asistente del premio Nóbel en economía, James Heckman, y su tesis doctoral fue supervisada por otro galardonado con esta distinción, el profesor Robert E. Lucas, Jr.

John Scott Andretta

John Scott es Profesor-Investigador de la División de Economía del CIDE, de la que ha sido Director. Sus áreas de investigación incluyen el estudio de la pobreza, la política social, la economía de la salud, la economía del bienestar y la filosofía de la economía. Ha realizado estudios de evaluación de algunos de los principales programas gubernamentales para la superación de la pobreza instrumentados en México en años recientes (Progresá, Programa de Empleo Temporal, Fondo de Aportaciones para Infraestructura Social, Subsidios Alimentarios, entre otros), y del impacto redistributivo del gasto social. Estos trabajos han recibido financiamiento del BM, BID Organización de la Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), CEPAL, Fundación Ford, Fundación Hewlett, así como de la SEDESOL, la SHCP y la Secretaría de Salud.

Es miembro del Comité Científico de SEDESOL, del Comité Técnico para la Medición Oficial de la Pobreza en México, y Co-coordinador del Capítulo Mexicano de la Red sobre Desigualdad y Pobreza en América Latina y el Caribe (BID-BM-Latin American and Caribbean Economic Association, LACEA).

John Scott es Licenciado en Filosofía de la Universidad de Nueva York (NYU) y Maestro en Economía por la Universidad de Oxford, donde también realizó estudios doctorales.

Jaime Sepúlveda Amor

Jaime Sepúlveda Amor es Coordinador de los Institutos Nacionales de Salud (INSalud) de México, nombrado por el Presidente Vicente Fox en noviembre de 2003. Anteriormente, se desempeñó como Director General del INSP y ha fungido como Director General de Epidemiología y como Subsecretario de Salud

de la Secretaría de Salud de México. Durante este período, estableció una red de laboratorios estatales y un Programa Universal de Vacunación. Fundó y dirigió Comisión Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CONASIDA) obteniendo, como reconocimiento a su labor en la prevención de la transmisión de esta enfermedad, la medalla de la Cruz Roja en 1989.

Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel III, de la Academia Mexicana de Ciencias, de la Academia Nacional de Medicina, del Board of Overseers de la Universidad de Harvard para el período de 2002-2008, y del Consejo Consultivo del Fogarty International Center de los institutos nacionales de salud de Estados Unidos. Asimismo pertenece a la Junta de Salud Mundial del Instituto de Medicina. Ha recibido más de 15 premios nacionales e internacionales, incluyendo el Alumni Award of Merit de la Universidad de Harvard en 1997. Ha publicado más de 20 libros, 30 capítulos de libros, y más de 100 artículos en revistas nacionales e internacionales.

Jaime Sepúlveda obtuvo su grado de Médico Cirujano en la UNAM. Realizó estudios de maestría en Salud Pública y en Medicina Tropical. Es Doctor en Ciencias de la Población por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard.

Guillermo Soberón Acevedo

Guillermo Soberón es Presidente Emérito de la Fundación Mexicana para la Salud, Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional para el Genoma Humano, Presidente del Consejo Mexicano de Acreditación de la Educación Médica y Coordinador del Consejo Directivo del Consorcio Promotor del Instituto de Medicina Genómica. En la administración pública ocupó el cargo de Coordinador de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República (1981-1982), Secretario de Salubridad y Asistencia y de Secretario de Salud (1982-1988) y Coordinador del Consejo Consultivo de Ciencias, órgano asesor del Presidente de la República (1988-1994).

Ha sido investigador en el Instituto de Investigaciones Biomédicas, en el Centro de Fijación del Nitrógeno, Profesor de la Facultad de Medicina y Profesor Invitado de diversas universidades del país. Su labor científica ha sido reconocida con diversas distinciones como el Premio de Ciencia (1965) otorgado por la Academia de la Investigación Científica; el premio de ciencias “Elías Sourasky” (1968); el premio “Luis Elizondo” (1974); el Premio Nacional de Ciencias (1980); el Premio Abraham Horwitz de la OPS (1991); el reconocimiento al Mérito Médico (1999); Reconocimiento Mérito en salud pública (2002). Es autor o

coautor de 18 libros, 51 contribuciones en libros y 30 presentaciones, prólogos o introducciones de libros; tiene 139 trabajos publicados.

Se tituló de Médico Cirujano en la UNAM y se doctoró en Filosofía (química fisiológica) en la Universidad de Wisconsin.

Miguel Székely Pardo

Miguel Székely se desempeñó como Subsecretario de Planeación, Prospectiva y Evaluación de la SEDESOL hasta Enero del 2006. Ha sido Jefe de la Unidad de Desarrollo Regional de Presidencia de la República durante 2001 y 2002. Ha trabajado como especialista del sector social en el Departamento de Investigación del BID.

Adicionalmente, desde 2001 es miembro del Comité Técnico para la Medición de la Pobreza en México asumiendo el cargo de Coordinador del Comité a partir de Marzo del 2002. Es también miembro del “Panel de Expertos Eminentés” de Asesores Externos del PNUD, Informe de Desarrollo Humano. En 2004 ha sido nombrado Secretario Técnico de la Comisión Intersecretarial de Desarrollo Social. Ha publicado 56 artículos en revistas académicas, 7 libros y más de veinte capítulos en otros libros.

Miguel Székely es Maestro en Desarrollo Económico y Doctor en Economía por la Universidad de Oxford, Inglaterra.

Misael Uribe Esquivel

Misael Uribe Esquivel actualmente se desempeña como Presidente de la Academia Nacional de Medicina y pertenece al Sistema Nacional de Investigadores en el Nivel III. Es miembro de 15 sociedades científicas entre ellas: Asociación Internacional para el Estudio del Hígado, Asociación Americana de Gastroenterología, Asociación de Médicos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Asociación de Medicina Interna de México.

Ha recibido 20 premios a sus trabajos de investigación y docencia entre los cuales se destacan: Beca Fogarty Center NIH (1975), Premio Sandoz Internacional (1978), cátedra de excelencia del CONACYT, Premio Dr. Miguel Otero al mérito de investigación clínica (2002).

Es o ha sido miembro o revisor de las siguientes publicaciones: *Gastroenterology*, *Journal Hepatology*, *Revista de Investigación Clínica* y de 8 revistas internacionales y nacionales. Ha editado 14 libros entre ellos: *Conceptos Actuales en Hepatología*, Masson 2003; y *Conceptos Actuales en Hepatitis C*, McGraw Hill 2003.

Misael Uribe Esquivel es Licenciado en Medicina por la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Recibió entrenamiento posdoctoral y una beca del National Institutes of Health (NIH) en la Mayo Clinic en Rochester, Minnesota. Es Master por el American College of Physicians.

Félix Vélez Fernández-Valera

El Dr. Félix Vélez funge actualmente como Subsecretario de Prospectiva, Planeación y Evaluación en la Secretaría de Desarrollo Social. De 1997 a enero del 2006 se desempeñó como director de la Maestría en Políticas Públicas del Instituto Tecnológico Autónomo de México, en donde ha sido Profesor de tiempo completo desde 1987. Asimismo, ha ocupado diversos cargos en la Administración Pública Federal, en dependencias como la Presidencia de la República y las Secretarías de Hacienda y Crédito Público y Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos; así como Asesor de la Presidencia del INEGI.

Entre sus publicaciones se encuentran el libro *Pobreza en México, y el Efecto de la Regularización en Algunos Sectores de la Economía Mexicana*, publicados por el Fondo de Cultura Económica, y varios ensayos sobre el impacto económico de la Ley Agraria.

El Dr. Vélez es Licenciado en Economía y Maestro en Políticas Públicas por el Instituto Tecnológico Autónomo de México, cuenta con una Maestría en Políticas Públicas y Desarrollo Económico por la Universidad de Princeton, New Jersey, y es candidato al doctorado en dicho centro de estudios.

Alejandro Werner Wainfeld

Alejandro Werner se desempeña como Titular de la Unidad de Planeación Económica de la SHCP. Se desempeñó como Coordinador de Asesores del Secretario de Hacienda de México. Asimismo, tiene una amplia trayectoria en el servicio público, particularmente en el Banco de México, donde se desempeñó en diversos cargos, entre los que destaca el de Director de Estudios Económicos.

Anteriormente, ha trabajado en el Departamento de Investigación Económica del Fondo Monetario Internacional y como Profesor de Economía en el ITAM.

Alejandro Werner es egresado de la Licenciatura en Economía por el ITAM y obtuvo su Doctorado en Economía en el MIT en 1994. Al término de sus estudios trabajó como Profesor Asistente del Departamento de Economía de la Universidad de Yale, de 1994 a 1995.

BIBLIOGRAFÍA

- Albarran, P. y O. Attanasio. 2001. "Do public transfers crowd out private transfers? Evidence from a randomized experiment in Mexico". WIDER, Manuscrito inédito.
- Aportela Rodríguez, F. 2001. "Efectos de los Ciclos de Crédito en México sobre la Tasa de Ahorro de los Hogares, 1989-1996", Banco de México, Documento de Investigación 2001/03.
- Arcand, J.L. 2001. "Undernourishment and Economic Growth", en *The State of Food and Agriculture 2001*, Food and Agriculture Organization of The United Nations. Rome.
- Arora, S. 2001. "Health Human Productivity and Long-Term Economic Growth". *Journal of Economic History*; Vol. 61 No. 3 (Sept).
- Arzoz, J. y F. Knaul. 2004. "Inequidad en el Gasto del Gobierno en Salud". *Caleidoscopio de la Salud*. México: Fundación Mexicana de la Salud.
- Banco Interamericano de Desarrollo. 1995. *Informe de Progreso Económico y Social en América Latina y el Caribe, 1995*. Washington, D.C.
- 2000. *Protección Social para la Equidad y el Crecimiento*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- 2004. *Los Objetivos de Desarrollo en América Latina y el Caribe. Retos, acciones y compromisos*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Banco Mundial (BM). 1993 *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Indicadores del desarrollo mundial*. Banco Mundial, Washington D.C.
- 2003. The Millennium Development Goals for Health. Rising to the Challenges. www.unmillenniumproject.org/html
- 2004. The Millennium Development Goals for Health. Rising to the Challenges.
- 2005. Upper-Middle-Income (UMI) Economies. Actualizado a Julio de 2005 de la WWW: http://www.worldbank.org/data/countryclass/class-groups.htm#Upper_middle_income.
- Baeza, C., y T. G. Packard. 2005. *Beyond Survival: Protecting Households from the Impoverishing Effects of Health Shocks in Latin America*. Washington, D.C.: World Bank.

- Bando, R. y L. F. López-Calva 2003. "The Rural Sector and Informal Safety Nets: Evidence from Mexico". Universidad de las Américas-Puebla, Documento de Trabajo 2004/02.
- Barceló, A., C. Aedo, S. Rajpathak y S. Robles. 2003. "The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean". World Health Organization, Washington, D.C.
- Barro, R. 1991. "Economic Growth in a Cross Section of Countries." *Quarterly Journal of Economics*, 106 (2): 407-43.
- 1996. "Health and Economic Growth". Manuscrito inédito.
- Barro, R. y J. Lee. 1994. "Losers and Winners in Economic Growth. Proceedings of the World Bank Annual Conference on Development Economics 1993". Supplement to The World Bank Economic Review and The World Bank Research Observer. Bruno, Michael Pleskovic, Boris, (eds.), Washington, D.C.: World Bank: 267-97.
- Barro, R. y X. Sala-I-Martin. 1995. *Economic Growth*. New York: McGraw-Hill.
- Bautista, S., S. Bertozzi, P. Gertler y S. Martínez (2003). *Evaluación del Efecto de Oportunidades Sobre la Utilización de Servicios de Salud en el Medio Rural*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Becker, G. 1965. "A Theory of Allocation of Time". *Economic Journal*, 75, No. 299 (Septiembre).
- Becker, G. 1993. *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*. The University of Chicago Press.
- Behrman, J., y J. Hoddinott. 2000. "An Evaluation of the Impact of PROGRESA on Pre-School Child Height", International Food Policy Research Institute, Washington, D.C.
- Bertozzi, S. M. 2004. "La salud en México a inicios del siglo XXI: Un Diagnóstico de las Condiciones y la Respuesta Organizada". Manuscrito inédito elaborado para el Informe de la Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud.
- Bertozzi, S.M. y J.P., Gutiérrez. 2003. "La brecha en salud en México, medida a través de la mortalidad infantil". *Salud Pública*; 45:102-109.
- Bhargava, A., D. Jamison, L. Lau, y C. Murray. 2000. "Modeling the Effects of Health on Economic Growth". Manuscrito inédito.
- Bloom, D. E., D. Canning. y J. Sevilla. 2003. "The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach". *World Development* 32(1):1-13.
- Bourguignon, F, Ferreira, y N. Lustig. 2004. (compiladores). *The Microeconomics of Income Distribution Dynamics in East Asia and Latin America*. Banco Mundial y Oxford University Press, Washigton, D.C., Estados Unidos.

- Campos A. 2004. "El costo de la leucemia linfoblástica aguda para pacientes pediátricos en México". Unidad de Análisis Económico, Secretaría de Salud. Documento inédito.
- Case, A., A. Ferting y C. Paxson. 2003. "From Cradle to Grave? The lasting impact of childhood health and circumstance". *NBER Working Paper 9788*, Cambridge, Massachussets.
- Case, A., D. Lubotsky y C. Paxson. 2002. "Economic Status and Health in Childhood: The Origins of the Gradient". *American Economic Review*, 92(5), December.
- Commission on Intellectual Property Rights. 2002. *Integrating Intellectual Property Rights and Development Policy*. London.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). 2001. *Índice de desarrollo humano, 2000*. México
- 2002. "Proyecciones de Población de México 2000-2050". México.
- Conceição, P. 2003. "Assessing the Provision Status of Global Public Goods" en I. Kaul *et. al.*, eds. *Providing Global Public Goods: Managing Globalization*. Oxford University Press, New York.
- Cragg, M. I. y M. Epelbaum, 1996. "Why Has Wage Dispersion Grown in Mexico? Is It the Incidence of Reforms or the Growing Demand for Skills?" *Journal of Development Economics*, 51, pp. 99–116.
- Cruz Rivero, Carlos; Gabriela Luna Ruiz; Carlo Coello Levett y Patricia Huitrón. 2004. "Políticas Públicas Sectoriales e Intersectoriales para Mejorar los Niveles de Salud en México". Manuscrito inédito elaborado para el Informe de la Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud.
- Currie, J. y M. Stabile. 2004. "Child Mental Health and Human Capital Accumulation: The Case of ADHD". *NBER Working Papers Series 10435*.
- De Ferranti, D., G. Perry, I. Gill, J. Guasch, W. Maloney, C. Sánchez-Páramo, y N. Schady. 2003. "Closing the Gap in Education and Technology". World Bank Latin American and Caribbean Studies. Washington. D.C.: World Bank.
- De la Calle, L. 2004. "Bienes Públicos en el Campo de la Salud en México". Manuscrito inédito elaborado para el Informe de la Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud.
- Deaton, A. 1997. *The Analysis of Household Surveys. A Microeconometric Approach to Development Policy*. World Bank, The Johns Hopkins University Press and Baltimore and London.

- 2001. “Health, Inequality and Economic Development”. *NBER Working Papers Series* 8318.
- Decker, S. y D. Remler. 2004. “How much might universal health insurance reduce socio-economic disparities in health? A comparison of the US and Canada”. *NBER Working paper* 10715. Cambridge, Massachusetts.
- Easterly, W. y R. Levine. 1997. “Africa’s Growth Tragedy: Policies and Ethnic Divisions”. *Quarterly Journal of Economics*, 112(4): 1203-50.
- Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) 2002. México: Secretaría de Salud.
- Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares del año 1984 al 2004. México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI).
- Encuesta Nacional de Nutrición del año 1988 y 1999. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Encuesta Nacional de Salud 2000. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Fernández, R., N. Guner y J. Knowles. 2001. “Love and Money: A Theoretical and Empirical Analysis of Household Sorting and Inequality”. *NBER Working Paper*: 8580.
- Ferroni, M. y A. Mody, 2002. *International Public Goods: Incentives, Measurement, and Financing*. World Bank, Washington, D.C.
- Filozof, C., C. Gonzalez, M. Sereday, C. Mazza, y J. Braguinsky. 2001. “Obesity prevalence and trends in Latin American countries”. *Obesity Reviews*, vol. 2, no. 2, pp. 99-106(8).
- Fogel, R. W. 1991. “New Sources and New Techniques for the Study of Secular Trends in Nutritional Status, Health, Mortality, and the Process of Aging”. *NBER Working Paper Series on Historical Factors and Long Run Growth*: 26, May.
- 1994a. “Economic Growth, Population Theory, and Physiology: The Bearing of Long-Term Processes on the Making of Economic Policy”. *American Economic Review*, vol. 84 (3): 369-395.
- 1994b. “The Relevance of Malthus for the Study of Mortality Today: Long Run Influences on Health, Mortality, Labour Force Participation, and Population Growth”, en Lindahl Kiessling, Kerstin; Landberg, Hans, (eds.). *Population, Economic Development, and the Environment*. Oxford and New York, Oxford University Press: 231-84.
- Fogel, R. W. y L. T. Wimmer. 1992. “Early Indicators of Later Work Levels, Disease, and Death”. *NBER Working Paper Series on Historical Factors in Long Run Growth*: 38, June.

- Fosado, Y. y L. F. López-Calva. 2004. "Impacto de los Gastos en Salud en los Niveles la Pobreza en México". Universidad de las Américas, Puebla, Documento de Investigación.
- Gallup, J. y J. Sachs. 2000. "The Economic Burden of Malaria. Center for International Development". Harvard University, Working Paper 52.
- Galor, O. y J. Zeira. 1993. "Income Distribution and Macroeconomics". *Review of Economic Studies*: 35-53.
- Galor, O. y D. Mayer-Foulkes, 2002. "Food for Thought: Basic Needs and Persistent Educational Inequality," mimeo.
- García-Verdú, R. 2000. "Risk and Insurance in Rural Mexico". University of Chicago. Manuscrito inédito.
- Gertler, P. y J. Gruber. 2001. "Insuring Consumption Against Illness". En proceso en *American Economic Review*.
- Gertler, P. 2000. *Informe Final: El Impacto del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progres) sobre la Salud*, International Food Policy Research Institute.
- Glewwe, P. y H. Jacoby. 1995. "Delayed Primary School Enrollment and Childhood Malnutrition in Ghana, an Economic Analysis". World Bank - Living Standards Measurement, Working Papers.
- Glewwe, P., H. Jacoby y E. King. 2001. "Early Childhood nutrition and academic achievement: A Longitudinal Analysis", Food Consumption and Nutrition Division, International Food Policy Research Institute. FCND Discussion Paper No.68.
- González-Pier E. y A. González-Hernández. 2004. "Regulación Saludable del Sector Farmacéutico", en *Comisión Federal de Competencia. Competencia Económica en México*. Porrúa: 369-424.
- Grossman, M. 1972. "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health". *Journal of Political Economy*, 80 (2), 1972 March/ April. <http://www.worldbank.org/children/ECDtoHumanDevelopment.pdf>.
- Grupo de Trabajo sobre Agua y Saneamiento. 2003. Cómo lograr los objetivos de desarrollo del milenio con respecto al agua y saneamiento: ¿Qué será necesario? Informe Sumario Provisional. Proyecto Milenio.
- Hanson, G. H. y A. Harrison, 1995. "Trade, Technology and Wage Inequality in Mexico." *NBER Working Paper 5110*, Cambridge, Massachusetts.
- Hernández, B., L. Cuevas-Nasu, T. Shamah-Levy, E.A. Monterrubio, C. Ramírez-Silva, R. Garcia-Feregrino, J.A. Rivera, y J. Sepúlveda-Amor. 2003. Factores

- asociados con sobrepeso y obesidad en niños mexicanos de edad escolar: Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición 1999.
- Hirshleifer, J. 1983. "From Weakest-Link to Best-Shot: The Voluntary Provision of Public Goods". *Public Choice*, 41:371-86.353.
- Holzmann, R. y S. Jorgensen. 2000. *Social Risk Management: A New Conceptual Framework for Social Protection and Beyond*. Social Protection Discussion Paper Series. The World Bank.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. 2004. "Informe de Servicios Personales", Junio. México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). 2004. "Estadísticas Vitales de Mortalidad". México.
- Kaul, I., I. Grunber, y M.A. Stern, eds. 1999. *Global public goods: international cooperation in the 21st century*. Oxford University Press, New York.
- Kaul, I., y Ronald U. Mendoza. 2003. "Advancing the Concept of Public Goods" en Kaul *et al.* eds. *Providing Global Public Goods: Managing Globalization*. Oxford University Press, New York.
- Kalemli-Ozcan, S., H. E., Ryder y D. Weil. 2000. "Mortality decline, human capital investment, and economic growth," *Journal of Development Economics*, Elsevier, vol. 62(1), pages 1-23.
- Khan, M. S. y A. S. Senhadji. 2000. "Financial Development and Economic Growth: An Overview". International Monetary Fund, Working Paper.
- Knaul F., H. Arreola, C. Borja, O. Méndez y A. C. Torres. 2003. "El Sistema de Protección Social en Salud de México: Efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares". En *Caleidoscopio de la salud*. Knaul F y G. Nigenda, editores. Fundación Mexicana para la Salud. México, D.F.
- Knaul, F. y P. Escandón. 2005. "Educación, Salud y Competitividad: Hacia un enfoque sectorial". Situación de la Competitividad en Mexico: Hacia un pacto de competitividad. Instituto Mexicano para la Competitividad. México.
- Knaul F., H Arreola, O. Méndez, *et al.* 2005. Catastrophic and impoverishing health expenditure: Increasing risk pooling in the mexican health system through reform. Documento preparado para el Estudio "Risk Pooling, Ahorro y Prevención: Estudio Regional de Políticas e Institucionales para la protección de los más pobres de los efectos de los shocks de salud". Banco Mundial, Washington D.C., Mimeo.

- Knowles, S. y P. D. Owen. 1995. "Health Capital and Cross-country Variation in Income Per Capita in the Mankiw Romer Weil-Model". *Economics-Letters*, vol. 48 (1), April: 99-106.
- Knowles, S. y P.D. Owen. 1997. *Education and health in an effective-labour empirical growth model*. *Economic Record*, 73, December, 314-328.
- Lanjouw, J. O. 2002. "Intellectual Property and the Availability of Pharmaceuticals in Poor Countries". *Innovation Policy and the Economy*, Vol. 3.
- Legovini A., C. Bouillon y N. Lustig. 2001. *Rising Inequality in Mexico: Household Characteristics and Regional Effects?*. Inter-American Development Bank, Sustainable Development Department, Washington, D.C.
- 2004. "Can Education Explain Changes in Income Inequality in Mexico?", en *The Microeconomics of Income Distribution Dynamics*, Bourguignon, F., Ferreira, F. y Lustig, N. (comps.), Banco Mundial
- Levinger, B. 1994. "Nutrition, Health and Education for all". Education Development Center, UNDP, 1994, 73, New Cork (disponible en www.edc.org/INT/NHEA/index.html).
- Liu, Xingzhu. 2003. "Policy Tools for Allocative Efficiency of Health Services", en World Health Organization. *World Health Report 2003*. Geneva: World Health Organization.
- López-Alonso, M. y R. Porrás-Condey 2003. "The ups and downs of Mexican economic growth: the biological standard of living and inequality, 1870-1950". *Economics and Human Biology* 1:169-186.
- Lustig, N. 2005. "Investing in Health for Economic Development: The Case of Mexico". WIDER. Manuscrito inédito.
- 2001. *Shielding the Poor*. Social Protection in the Developing World. Brookings Institution Press, IDB.
- Lustig, N., O. Arias y J. Rigolini. 2001. "Reducción de la pobreza y crecimiento económico: la doble causalidad", preparado para el Seminario "La teoría del desarrollo en los albores del siglo XXI", evento conmemorativo del centenario del nacimiento de Raúl Prebisch, CEPAL, Santiago de Chile, 28 y 29 de agosto.
- Lynn, R. y T. Vanhanen. 2002. "IQ and the Wealth of Nations", Praeger Publishers.
- Mayer-Foulkes, D. 2001a. "The Long-Term Impact of Health on Economic Growth in Mexico, 1950-1995", *Journal of International Development*, 13(1), pp.123-126.
- 2001b. "The Long-Term Impact of Health on Economic Growth in Latin America", *World Development*, 29(6), pp.1025-1033.

- 2003. “Convergence Clubs in Cross-Country Life Expectancy Dynamics”, en *Perspectives on Growth and Poverty*, Rolph van der Hoeven and Antony Shorrocks (eds.), United Nations University Press: 144-171.
- 2004a. “La Trampa de Desarrollo Humano en México”, mimeo, traducción de “The Human Development Trap in Mexico”, accesible en <http://www.cide.edu/investigador/documentos/david.mayer/HumanDevelopmentMexico.pdf>.
- 2004b. “Nutrición, Salud y Crecimiento Económico en México”. Manuscrito inédito elaborado para el Informe de la Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud.
- Mayer-Foulkes, D. y A. Stabridis. 2003. “Estimaciones de los Retornos Privados a la Escolaridad y Cálculo del PIB Educativo para México”. Manuscrito inédito.
- Modigliani, F. 1986. “Life Cycle, Individual Thrift, and the Wealth of Nations”. *The American Economic Review*, Vol. 76, Issue 3, Jun., 1986: 297-313.
- Mooock, P.R. y J. Leslie. 1986. “Childhood Malnutrition and Schooling in the Terai Region of Nepal”. *Journal of Development Economics* 120: 33-52.
- Murray C.J.L. y J. Frenk. 2000. “Un Marco para Evaluar el Desempeño de los Sistemas de Salud”. Boletín de la OMS. Ginebra: World Health Organization.
- National Institute for Health Care Management Foundation. 2002. “Changing Patterns of Pharmaceutical Innovation”. Mayo (<http://www.nihcm.org/finalweb/innovations.pdf>)
- Noriega Curtis, C. 2004. “Financiamiento del Sistema de Salud en México”. Manuscrito inédito elaborado para el Informe de la Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud.
- OECD. 2004. Review of the Mexican Health-Care System, Documento preliminar de trabajo para discusión No.5110418.
- . 2005. Health Data.Sources and Methods. Paris: OECD.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 1999. “Informe sobre la Salud en el Mundo 1999”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- 2000. “Informe sobre la Salud en el Mundo 2000”. Ginebra: OMS
- 2001. “Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development”, en Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Ginebra: World Health Organization.
- 2002. “Informe sobre la Salud en el Mundo 2002”. Ginebra: OMS.
- 2003. “Informe sobre la Salud en el Mundo 2003”. Ginebra: OMS.
- 2006. “Informe sobre la Salud en el Mundo 2006”. Ginebra: OMS.

- Paxson, C. y N. Schady. 2004. "Child Health and the 1988-1992 Economic Crisis in Peru". World Bank Policy Research Working Paper No. 3260.
- Paxson, C. y N. Schady. 2004. "Cognitive Development Among Young Children in Ecuador: The Roles of Wealth, Health and Parenting", mimeo.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2004. *Índice de Desarrollo Humano Municipal en México*. CD-ROM. México: PNUD
- 2005a. *Informe sobre Desarrollo Humano: México 2004*. México: PNUD.
- 2005b. *Informe sobre Desarrollo Humano 2005. La Cooperación Internacional ante una Encrucijada: Ayuda al Desarrollo, Comercio y Seguridad en un Mundo Desigual*. Ediciones Mundi-Prensa. Madrid.
- Revenga, A. 1995. "Employment and Wage Effects of Trade Liberalization: The Case of Mexican Manufacturing." World Bank, Latin America and the Caribbean Region, Country Department 2, Policy Research Working Paper 1524. Washington, D.C.
- Rijsberman, F. 2004. "The Water Challenge". Copenhagen Consensus Challenge Paper.
- Robertson, R. 2000. "Trade Liberalization and Wage Inequality: Lessons from the Mexican Experience". Macalester College, St. Paul, Minn.
- Rojas, M., H. Ángulo e I. Velázquez. 2000. "Rentabilidad de la Inversión en Capital Humano en México", en *Economía Mexicana*, vol. IX, núm. 2, 2000: 113-142.
- Rubalcava, L. N. y Teruel, G. M. 2004. "La Importancia en México del Capital Humano de la Madre en la Salud de los Hijos: Un Análisis Multidimensional", documento preparado para la Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud.
- Rubio, G. y I. Soloaga. 2003. "The Rural Sector and Informal Safety Nets". FAO-ONU, Manuscrito inédito.
- Sachs, J. y A. Warner. 1995. "Economic Reform and the Process of Global Integration". *Brookings Papers on Economic Activity*, 1: 1-118.
- 1997. "Sources of Slow Growth in African Economies". *Journal of African Economies*. 6(3): 335-76.
- Savedoff, W.D. y T. P. Schultz (eds.). 2000. *Wealth from Health: Linking Social Investments to Earnings in Latin America*. Washington: Inter-American Development Bank.
- Scherer, R. y J. Watal. 2002. "Post-Trips options for access to patented medicines in developing nations". IEL Vol 5:4 pp: 913-939.

- Schultz, T. P. 1992. "The Role of Education and Human Capital in Economic Development: An Empirical Assessment". Yale Economic Growth Center Discussion Paper 670, August.
- 1997. "Assessing the Productive Benefits of Nutrition and Health: An Integrated Human Capital Approach". *Journal of Econometrics*, 77(1), March: 141-58.
- 1999. "Health and Schooling Investments in Africa". *Journal of Economic Perspectives*, 13(3):67-88.
- Scott, J. 2003. "Poverty and Inequality" en *Strengthening the North American Community: NAFTA at Ten*, Sidney Weintraub (ed.).
- 2004. "Desigualdad en Salud y Oportunidades de Salud en México". Manuscrito inédito elaborado para el Informe de la Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud.
- Secretaría de Desarrollo Social. 2003. "Nota técnica para la medición de la pobreza con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 2002". Serie de documentos de investigación. México: Secretaría de Desarrollo Social.
- 2003. "Medición del Desarrollo México-2002". (http://www.sedesol.gob.mx/subsecretarias/prospectiva/medicion_pobreza/mediciondesarrollo2002.pdf)
- 2004. *Informe de Resultados 2001-2003*. México: Secretaría de Desarrollo Social.
- Secretaría de Salud. 2000. Comunicado de Prensa 523. Diciembre.
- 2001. "Programa Nacional de Salud 2001-2006". México: Secretaría de Salud.
- 2002. "Boletín de Información Estadística, Vol. VIII". México: Secretaría de Salud.
- 2002a "Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial".
- 2004a. "Marco Conceptual y Operativo del Sistema de Protección Social en Salud". México: Secretaría de Salud. Manuscrito inédito.
- 2004b. *Informe Salud: México 2003*. México: Secretaría de Salud.
- 2005. *Informe Salud: México 2004*. México: Secretaría de Salud.
- Strauss, J. y D. Thomas. 1998. "Health, Nutrition, and Economic Development". *Journal of Economic Literature*; 36(2), June: 766-817.
- Tan, H. y G. Batra. 1997. "Technology and Firm Size-Wage Differentials in Colombia, Mexico, and Taiwan (China)". *World Bank Economic Review*, 11(1), pp. 59-83.

- The Economist*, 23 de junio, 2003. "Patents and the poor: The rights to good ideas," pgs. 21-23.
- The Economist*, 12 de junio, 2004. "An Open-Source Shot in the Arm?" pgs. 13-17.
- The Economist*, 12 de junio, 2004. Stephen M., A. Rai and A. Sali. "Finding Cures for Tropical Diseases: Is Open Source an Answer?"
- Thomas, D., R. F. Schoeni y J. Strauss. 1997. "Parental Investments in Schooling: Gender and Household Resource Allocation in Urban Brazil". RAND Labor and Population Program Working Paper.
- Torres, A. C. y F. Knaul. 2003. "Determinantes del Gasto de Bolsillo en Salud e Implicaciones para el Aseguramiento Universal en México: 1992-2000". *Caleidoscopio de la Salud*. México: Fundación Mexicana de la Salud.
- Townsend, R. 1994. "Risk and Insurance in Village India". *Econometrica*, Vol. 62, No. 3.
- UNICEF. 2005. "Child Poverty in Rich Countries 2005". Innocenti Research Centre Report Card No. 6. <http://www.unicef.org/brazil/repcard6e.pdf>.
- United Nations, 2005. "The millenium development goals report, 2005", New York.
- United Nations Statistics Division. (<http://millenniumicators.un.org>)
- US Department of Health and Services (<http://www.cms.hhs.gov/>)
- Van Der Gaag, 2002. "From Child Development to Human Development From Early Child Development to Human Development: Investing in Our Children's Future", en Young, Mary Eming (ed.). *Education Sector, Human Development Network*, World Bank, Washington, D.C.
- Wagstaff A., y E. Van Doorslaer. 2003. "Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: with applications to Vietnam 1993-98". *Health Economics*. 12: 921-934.
- Weil, D. N. 2005. "Accounting for the Effect of Health on Economic Growth". *NBER Working Papers* 11455, Inc.
- www.cepis.ops-oms.org (Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente)
- www.copenhagenconsensus.com (Consenso de Copenhagen)
- www.imshealthcanada.com y www.strategis.gc.ca (Participación de medicamentos anti-infecciosos en el mercado farmacéutico)
- www.sedesol.gob.mx/subsecretarias/prospectiva/cuadernos/MedicionOK.pdf (Documentos técnicos sobre pobreza)
- www.un.org/spanish/millenniumgoals/index.html (Objetivos de Desarrollo del Milenio)

Zamudio, A. 1999. "Educación y Distribución Condicional del Ingreso: Una Aplicación de Regresión Cuantil". CIDE, Documento de Trabajo DE 163.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ADPIC	Acuerdo sobre los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionado al Comercio
ALCA	Área de Libre Comercio de las Américas
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEPIS	Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente
CMH	Commission on Macroeconomics and Health (Comisión sobre Macroeconomía y Salud)
CMMS	Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CPIA	Country Policy and Institutional Assessment (Evaluaciones Institucionales y de Políticas por País)
DHS	Demographic and Health Surveys (Encuestas de Demografía y Salud)
ECOSOC	Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas
EDAS	Tasa de Mortalidad por Enfermedades Diarreicas
EE.UU.	Estados Unidos de Norteamérica
ENED	Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares
ENN	Encuesta Nacional de Nutrición
ENNVH	Encuesta Nacional de Niveles de Vida de los Hogares
ENSA	Encuesta Nacional de Salud
FDA	Food and Drug Administration (Administración Federal de Medicamentos y Alimentos)
GATT	General Agreement on Tariffs and Trade (Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercio)
IDH	Índice de Desarrollo Humano

IMPI	Instituto Mexicano de la Propiedad Industrial
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática
INSALUD	Institutos Nacionales de Salud
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional
ISR	Impuesto sobre la Renta
ISSFAM	Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
IVA	Impuesto al Valor Agregado
MMI	Medicamentos Modificados Incrementalmente
NOM	Norma Oficial Mexicana
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no Gubernamentales
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PIB	Producto Interno Bruto
PIB per cápita	Es el Producto Interno Bruto de un país dividido entre el total de su población para un año determinado.
Plan AUGE	Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas de Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PROVAC	Programa de Vacunación
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEP	Secretaría de Educación Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SSA	Secretaría de Salud
	Nota: Si bien no es permitido la abreviación (y ésta en particular fue empleada para una época anterior de la Secretaría), para fines prácticos puede tomarse como tal.
SSA/DGEI	Secretaría de Salud / Dirección General de Estadística e Informática

Nota: Es la denominación orgánico-administrativa que se empleó durante el sexenio 1994-2000. Actualmente la DGEI no existe como tal y en su lugar se ha creado la Dirección General de Información en Salud.

TB	Tuberculosis
TDO	Tratamiento Directamente Observado
TCLAN	Tratado de Libre Comercio para América Latina
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
TMM	Tasa de Mortalidad Materna
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH/SIDA	Virus de la Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida

