



ESTUDIO DEL IMPACTO DEL SECTOR SALUD EN
EL REZAGO EDUCATIVO PARA CREAR
ALIANZAS PÚBLICAS, PRIVADAS Y SOCIALES

Primer entregable

JOAQUÍN DEL PINO RUÍZ
DCYAE-002/15

Concertacion y Alianzas Estratégicas
ABRIL 2015

ÍNDICE

1. Estudio Del Sector Salud En México.....	3
2. La magnitud de la participación de la medicina	
No Gubernamental.....	5
3. ¿Cómo gastan su dinero los hogares?.....	15
4. Propuesta de trabajo en las instituciones de salud público y	
privado.....	25
5. Rezago educativo en instituciones del sector salud.....	27
6. Bibliografía.....	31
7. Anexo Curioso.....	34

Estudio Del Sector Salud En México

En México el Poder Ejecutivo Federal del gobierno es ejercido por el Presidente de la República cuya denominación oficial es Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, para llevar a cabo el desarrollo de sus atribuciones y funciones, el presidente tiene la facultad de nombrar libremente a los miembros de su gabinete, cada uno del cual es titular de una Secretaría de Estado que tiene a su cargo un ramo de la Administración Pública Federal y de acuerdo con lo publicado en el portal de Presidencia¹, se cuenta con 20 secretarías de estado o sus equivalentes, dentro de las cuales tenemos a Secretaría de Salud, encargada de acuerdo con la OCDE con el segundo tema de preferencia de bienestar en el país.²

El presente estudio tiene por objeto, establecer el sector salud como una de las principales actividades económicas en México y, sin duda, uno de los de mayor crecimiento posible con quien podemos crear alianzas públicas, privadas y sociales.

La salud es la base del bienestar social. No hay mayor determinante de la capacidad de progreso de una nación que el estado de salud de su pueblo. Tenía mucha razón el poeta Virgilio al escribir “La salud es la riqueza más grande”. No hay mejor inversión para México que en la salud de su gente³, pero esto implica un grado de análisis muy profundo, porque según resultados de la encuesta de satisfacción de la OCDE, el primer punto para los mexicanos es la educación, punto de convergencia con el presente estudio.

¹ <http://www.presidencia.gob.mx/estructura-de-gobierno/>

² <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/respuestas/#MEX+USA>

³ Palabras de Ángel Gurría, secretario General de la OCDE, participación en el ciclo de conferencias Simposio: “Los retos de la salud en México”, 13 de enero 2011

En las últimas décadas, México ha realizado avances muy importantes en el sector salud. El aumento de la esperanza de vida ha superado con creces el promedio de la OCDE. La tasa de mortalidad infantil ha declinado incesantemente.

El número promedio de consultas médicas desde 1990 ha registrado uno de los aumentos más rápidos entre los países de la OCDE, debido en parte al rápido aumento de la densidad de doctores, además el 89% de la población mexicana cuenta con alguna forma de cobertura de salud. México podría alcanzar la cobertura universal, no obstante es probable que se requiera de instituciones privadas, pues recordemos que antes del surgimiento de las instituciones públicas de salud, el cuidado de la salud de los mexicanos estaba a cargo de los profesionales que se dedicaban a la práctica privada, misma que en México se basa principalmente en la prestación directa de servicios en los consultorios y unidades hospitalarias pequeñas y medianas, con fines de lucro. También existe la medicina privada no lucrativa, que en los últimos años ha tenido un gran impulso por parte de los benefactores privados –empresarios y grupos sociales, así como agencias internacionales, que destinan sus esfuerzos en favor de la población de escasos recursos económicos.⁴

Desde la década de los setenta, la medicina privada ha fortalecido su capacidad para prestar servicios, mediante más y mejores infraestructura y financiamiento; a pesar de que este crecimiento esté asociado directamente con el gasto del bolsillo del consumidor, para lo cual es necesario evaluar el potencial del sector privado en cuanto a la provisión de servicios de salud. Es menester efectuar un recuento de su capacidad instalada, sus recursos humanos, sus formas de organización y de financiamiento, a fin de exponer y

⁴ González Rossetti A, Frenk, J. Martínez Valle A, Reich M. SoberónG (2000) La dimensión política en los procesos de la reforma del sistema de salud. México, Documentos de análisis y la convergencia núm. 17, Economía y Salud, FUNSALUD.

proponer algunas acciones en salud deseable, en donde la medicina privada puede y debe participar en colaboración con el sector público.

En el año 2000 había ya 97.4 millones de mexicanos⁵, 43% de los cuales tenían derecho a los servicios de seguridad social; el resto utilizaba otros servicios públicos y privados. Sin embargo, la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) de 1994 refiere que una tercera parte de la población mexicana ya acudía a servicios de salud en el primer nivel de atención de la medicina privada. A su vez, la ENSA del 2000 señaló que la medicina privada atendió a 27% de la población mexicana; de ese total, 35% era derechohabiente de alguna institución⁶. Muy cerca están los datos de la Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud en México de 2000⁷, cuyos resultados señalan que 32% de la población mayor de 18 años utilizó servicios privados en el año previo a la encuesta. Se puede afirmar que la población mexicana usa los servicios privados sin importar su pertenencia a la seguridad social. Las encuestas antes mencionadas coinciden en que las razones por las cuales la población recurrió a la medicina privada tuvieron que ver sobre todo con la deficiencia de los servicios de salud públicos, es decir, los usuarios no están satisfechos con la atención que reciben, pues el trato personal es inadecuado, están en desacuerdo con el diagnóstico y tratamiento, ven problemas en la disponibilidad y efectividad de los medicamentos y no perciben mejoría en su estado de salud. En consecuencia, buscan la opinión de los médicos privados, que muchas veces son los mismos que, en otro horario, laboran en el sector público.

La magnitud de la participación de la medicina no gubernamental

⁵ Cifras del Censo del 2000 (INEGI).

⁶ SSA Encuesta Nacional de Salud 1994, 2000

⁷ Encuesta de satisfacción con los Servicios de Salud en México. FUNSALUD 2000.

En 1991 en el sector privado se contabilizaron 1,790 unidades médicas con servicio de hospitalización y un total de 21,895 camas censales, un promedio de 12.2 camas por unidad. Para 1999 el incremento en infraestructura fue notable; entonces se registraron 2,950 unidades médicas y 31,241 camas censales, es decir, 10.6 camas en promedio por unidad. Esto representó un incremento de 64% en unidades médicas y de 43% en camas⁸. Si se compara la información de 1995 y 1999 acerca de la infraestructura por número de camas, se aprecia un crecimiento de 10%, sobre todo en unidades de menos de 15 camas y de corta estancia; a la vez que se percibe una reducción de 27% en unidades de más de 15 camas, lo cual significa que en este periodo el sector privado perdió 3,255 camas censales⁹. En 1995 se registraron 2,816 unidades, de las cuales 79% era de menos de 15 camas; en 1999 se contabilizaron 2 950 unidades, de ellas, 84% era de menos de 15 camas. En el país el crecimiento del sector privado de la medicina es heterogéneo. En general, entre 1995 y 1999 se fragmentó más la atención, ya que aumentaron las unidades de menos de 15 camas.

En los estados de Baja California, Chihuahua, Nayarit y Tabasco disminuyó el número de unidades pequeñas. En cambio, en Baja California Sur, Durango, Coahuila, Jalisco, Aguascalientes, Zacatecas, San Luis Potosí, Quintana Roo y Yucatán, el crecimiento del mercado de unidades de menos de 15 camas aumentó de 30% a 60%.

En general, la infraestructura hospitalaria que posee el sector privado es menor que la del sector público. Sin embargo, al comparar la ocupación hospitalaria de

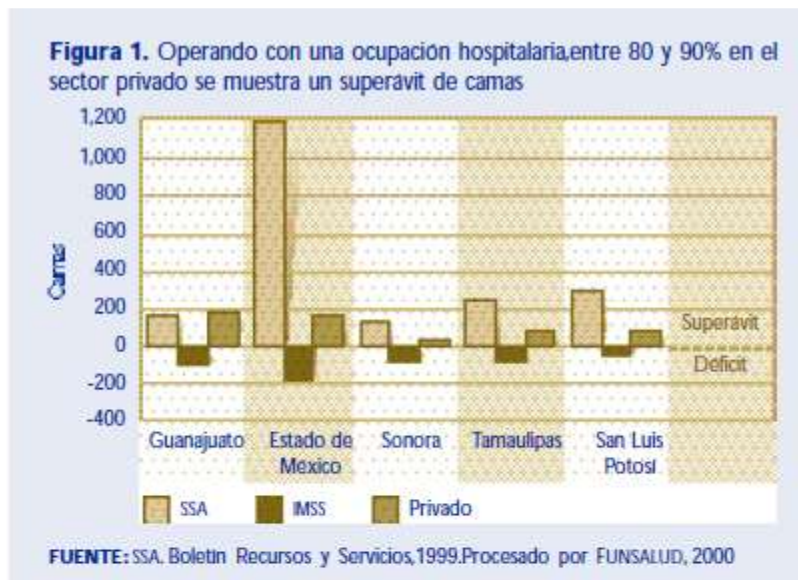
⁸ SSA Encuesta Nacional de Salud II 1994, 1999

⁹ Antes de 1997, la Dirección General de Información y Estadística de la SSA era la responsable de levantar la información de este sector. En los años de 1997 y 1998 esta labor estuvo a cargo del INEGI, que la llevó a cabo con un método distinto de recolección de datos, que se consideró poco confiable, por lo que se excluyó del análisis. Para 1999, la SSA nuevamente tomó en sus manos esta tarea.

ambos sectores, se observa que, por ejemplo, en el IMSS (Instituto mexicano de Seguro social) todas las camas son utilizadas a su máxima capacidad. Más aún, hay lugares en donde existe un déficit de camas respecto del número de afiliados que demanda servicios; tal es el caso de Guanajuato, en donde en 1999 este organismo mostró una saturación de su infraestructura, ya que se ocupó 90% de sus 1,115 camas. Si se considera lo difícil que es operar un hospital con más de 85% de ocupación promedio, se puede decir que en esa entidad hicieron falta 53 camas para satisfacer la demanda con mayor flexibilidad.

La Secretaría de Salud de Guanajuato contaba con 988 camas, que en ese año tuvieron una ocupación en promedio de 61%, por lo cual –en función de una ocupación deseable de 80%– hubo un excedente de 188 camas. En tanto, los hospitales del sector privado, con más de 50 unidades y 359 camas, manifestaron una ocupación de 35%, lo que indica una disponibilidad de 204 camas. Con esta distribución de infraestructura hospitalaria y un mejoramiento de la calidad en los servicios, se puede incrementar la oportunidad de la atención (figura 1)¹⁰.

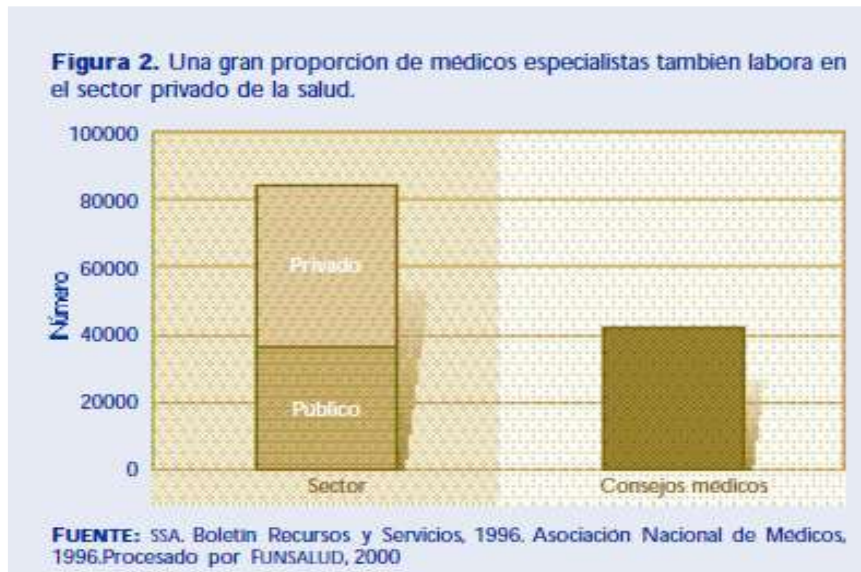
¹⁰ FUNSALUD (2000) Encuesta sobre satisfacción con los servicios de salud (ESSSM). México



¿Qué tipo de personal labora en el sector privado de la salud? A escala nacional, en 1995 se registró, en los sectores tanto público como privado, un total de 410,718 plazas para profesionales médicos y paramédicos; de ellas, 77% se contabilizaron en el sector público y 23% en el privado. Para 1999 el crecimiento de plazas fue casi de 10% (un total de 449,704), con una distribución muy similar. En cuanto a los médicos, en 1996 en el sector público- Departamento del Distrito Federal, IMSS-Solidaridad, INI, IMSS, ISSSTE, Pemex, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina y servicios estatales- había 123,114 médicos; de los cuales, 31% eran médicos generales y 37% médicos especialistas (38,850).

En tanto, en el sector privado se registraron 58,724 médicos en contacto con el paciente, 86% de los cuales eran especialistas (47,051). Si se suman las cifras de ambos sectores se tiene un total de 85,901 médicos especialistas. Esto contrasta, y llama la atención, con la información proporcionada por los consejos médicos de las distintas especialidades, que reportaron 42,424 médicos especialistas en 1996. Como se puede advertir, hay una gran inconsistencia en

las cifras, pues dado que muchos médicos laboran en los dos sectores, es muy posible que sean contabilizados dos veces en las estadísticas (figura 2).

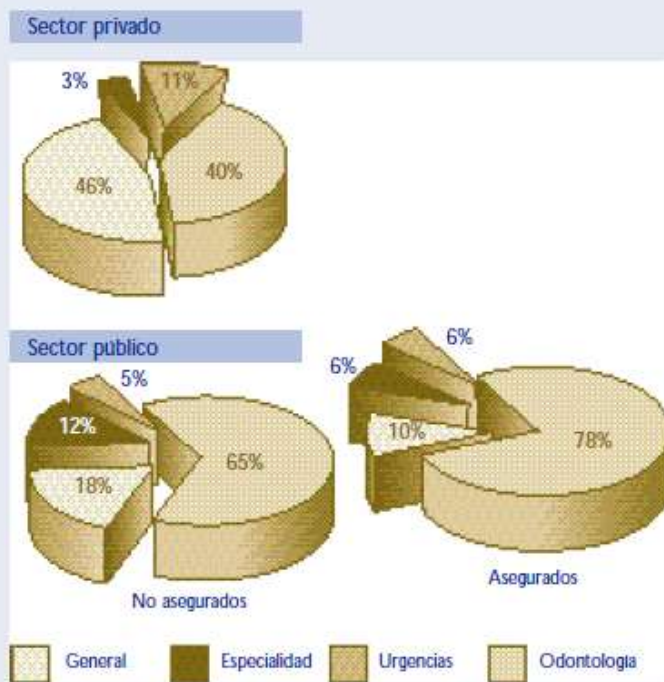


En el periodo de 1995 a 1999 el número de médicos en el sector público creció 11% (15,725 plazas más) y el número de médicos especialistas se incrementó 25% (11,160 plazas más); en el sector privado, la cantidad de médicos aumentó 7% (4,227 plazas más), aunque sólo 2% de esos sitios fueron para médicos especialistas (1,108). Respecto del personal de enfermería, en 1995 el sector público reportó un total de 168,170 plazas, la mayoría en el IMSS (43%) y en la secretaria de Salud (30%). En este mismo sector, seis de cada 10 enfermeras eran generales y/o especialistas. En la medicina privada, donde se registraron 27,461 enfermeras; cuatro de cada 10 de ellas eran generales y especialistas. En ese año, el sector privado empleó a 14% del total de enfermeras del sistema de salud. Asimismo el número de plazas ocupadas por enfermeras especialistas y/o generales en el sector público fue de 60%, en tanto que en el sector privado de 46%. En 1999, el empleo de enfermeras en este sector aumentó sólo 6% (para un total de 29,365). Llama la atención que se contraten más enfermeras generales y especialistas (18,535) que auxiliares (10,830).

¿Qué tipo de servicios ofrece el sector privado?, En los hospitales privados se realiza 25% de los internamientos y 33% de todas las atenciones ambulatorias del país. Cabe señalar que este sector es el tercer proveedor más importante en la prestación de servicios por atención de partos a escala nacional y el segundo en el Distrito Federal. En 1999 el sector privado atendió 49,342 partos, lo que representó 24% del total de los nacimientos en el Distrito Federal. De 1995 a 1999, la medicina privada aumentó su demanda de atención por parto en 75%.¹¹. En cuanto al volumen de consultas, el sector público otorgó 231.7 millones en 1999, 70% de las cuales fueron de consulta general, 15% de especialidad, 10% de urgencias y 5% odontológicas. Los datos contrastan con lo observado en el sector privado, donde en ese mismo año se reportaron nueve millones de consultas: 40% de consulta general, 46% de especialidad, 11% de urgencias y 3% odontológicas (figura 3).

¹¹ Se sumaron los rubros de volumen de partos atendidos por la SSA y por el entonces Departamento del Distrito Federal, ya que hasta 1996 eran proveedores separados. De 1992 a 1997 cada una de esas instituciones atendió alrededor de 35 mil partos, cifra muy inferior a la registrada por las instituciones privadas.

Figura 3. La población que acude al sector privado, busca la atención con médicos especialistas.



FUENTE: SSA. Boletín Recursos y Servicios, 1999. Procesado por FUNSAIUD, 2000

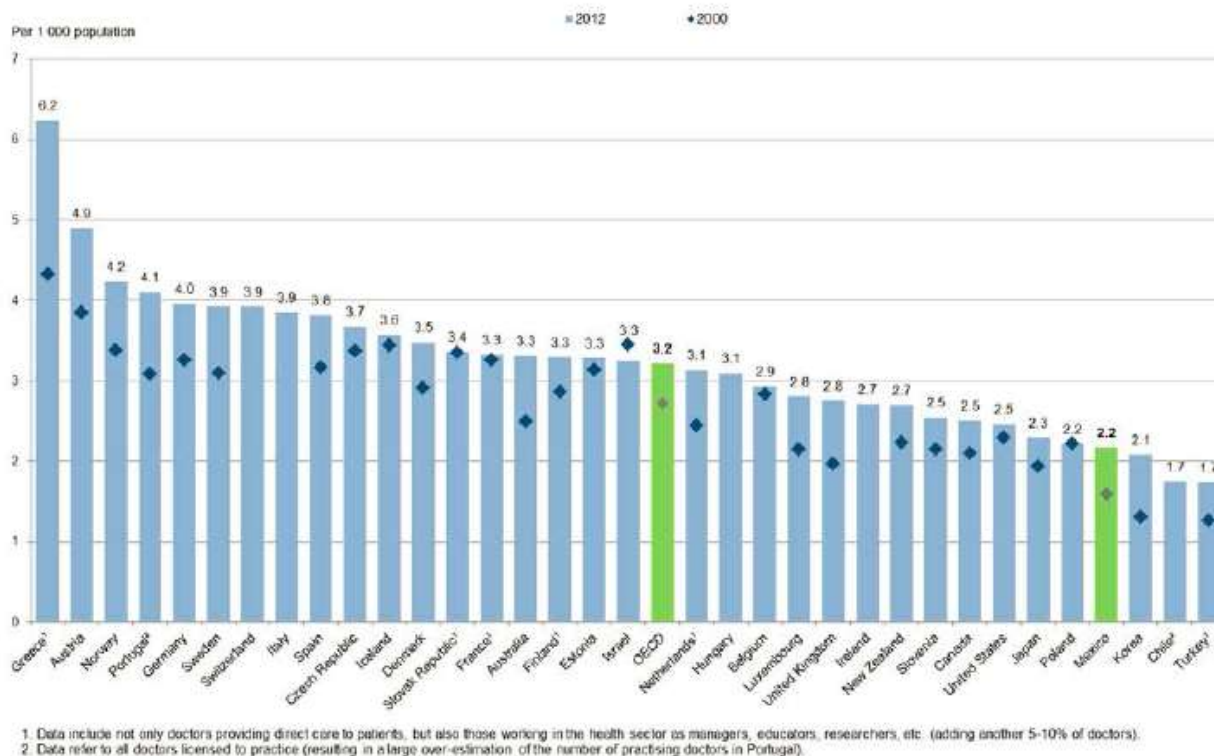
Llama la atención que dentro del sector público las instituciones que proporcionan mayor número de consultas por especialidad sean el ISSSTE, Pemex, y las secretarías de la Defensa Nacional y Marina (24%, 36%, 35%, respectivamente). Es decir, el sector privado concede cuatro veces más consultas de especialidad que las instituciones públicas para no asegurados y tres veces más que aquéllas para asegurados. Asimismo, el número de consultas por atención odontológica en el sector privado bajó 20% de 1996 a 1999. Por el contrario, el volumen de servicios otorgados por urgencias en este sector aumentó 30% en ese periodo. El tipo de consulta es diferente en cada sector: en el privado predominan las visitas al pediatra y al ginecólogo (25% cada una); sus consultas en medicina interna (11%), cirugía (8%) y en las subespecialidades, como ortopedia, reumatología, etcétera, suman en conjunto 31% (1, 285,973). Otro punto destacable es que la mitad de las consultas de especialización se llevan a cabo en unidades hospitalarias de mayor

infraestructura (con más de 25 camas). En contraste, en el sector público del total de consultas de especialidades (35.1 millones), sólo 12% fue de pediatría, 13% de ginecoobstetricia, 8% de cirugía, 9% de medicina interna y el resto, de otras ramas de la medicina. Además, las instituciones públicas para asegurados otorgan casi tres veces más consultas de especialidades que las instituciones para no asegurados. No obstante, la distribución de las consultas de especialidad en las instituciones para no asegurados es casi dos veces más para consultas de pediatría (17% contra 10%) y cirugía (13% contra 7%) que en las instituciones para asegurados.

Las Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 también muestran que la oferta de trabajadores de la salud en México se ha incrementado durante la última década, pero se mantiene baja para los estándares de la OCDE. Desde el 2000, el número de médicos per cápita se ha incrementado substancialmente en México, pasando de 1.6 médicos por cada 1,000 habitantes en el 2000 a 2.2 en el 2012, sin embargo esta cifra sigue siendo inferior al promedio de la OCDE de 3.2¹²

¹² <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>

Médicos por cada 1,000 personas, países de la OCDE, 2000 Y 2012 (o años más recientes)



En México, el número de enfermeras ha aumentado también, pero de forma más modesta, incrementándose de 2.2 enfermeras por cada 1,000 habitantes en el 2000 a 2.6 en el 2012. Esta cifra sigue estando muy por debajo del promedio de la OCDE de 8.8.¹³

Es evidente que las ofertas y demandas de los servicios médicos son diferentes en el sector público y en el privado. Aunque hay pocos datos, la calidad también es heterogénea. Por ello es importante fortalecer la certificación de hospitales, de médicos especialistas y de escuelas de medicina, a fin de asegurar la calidad de los servicios y mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud mexicano.

Ahora bien, hay otras dos dimensiones para medir la participación no gubernamental. Una es la contribución de los hogares en el financiamiento de

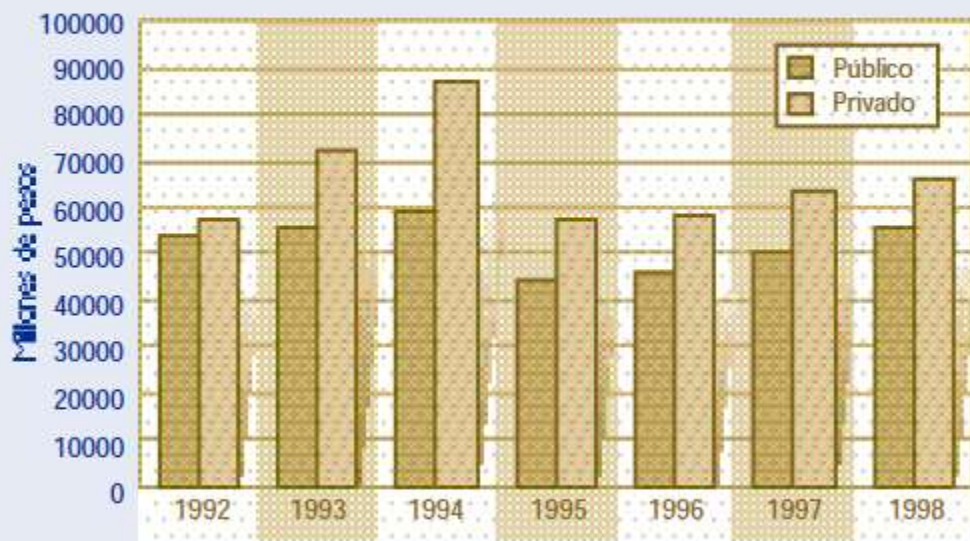
¹³ <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>

los servicios de salud y la otra el gasto en salud en instituciones privadas. En el estudio de las Cuentas Nacionales de Salud, elaborado por FUNSALUD, en el periodo de 1992 a 1998 se observó un incremento de la participación de la medicina privada, a partir de un decremento de la medicina gubernamental, en especial después de la crisis económica de 1995.¹⁴

En 1992, 52% del total del gasto en salud procedió del sector privado, es decir, 30,697 millones de pesos, equivalentes a 9,211 millones de dólares. En 1994, el gasto privado representó 60% del gasto en salud y generó 55,249 millones de pesos (15,972 millones de dólares): 32% más que el sector público. En 1995 (año de crisis económica) hubo un descenso del gasto en el sector privado y se mantuvo el público; sin embargo, en dólares el gasto en salud descendió a poco más la mitad del año previo (8,663 millones de dólares). De 1996 a 1998 se vio una pronta recuperación de este sector, y para 1998 representó 54% del gasto total, lo que significó 117,398 millones de pesos (12,858 millones de dólares) (figura 4).

¹⁴ Zurita B. Hernández, P. Ramírez T, Gamble A, Méndez O, Recio M, Cruz, C (1998) Cuentas Nacionales en Salud 1995. En Iniciativas de reformas del sector salud en Latinoamérica y el Caribe, Cuadernillo núm. 11, México, OPS, Oficina Regional de Desarrollo Sostenible

Figura 4. El gasto en salud del sector privado se ha recuperado en forma más favorable que el del sector público



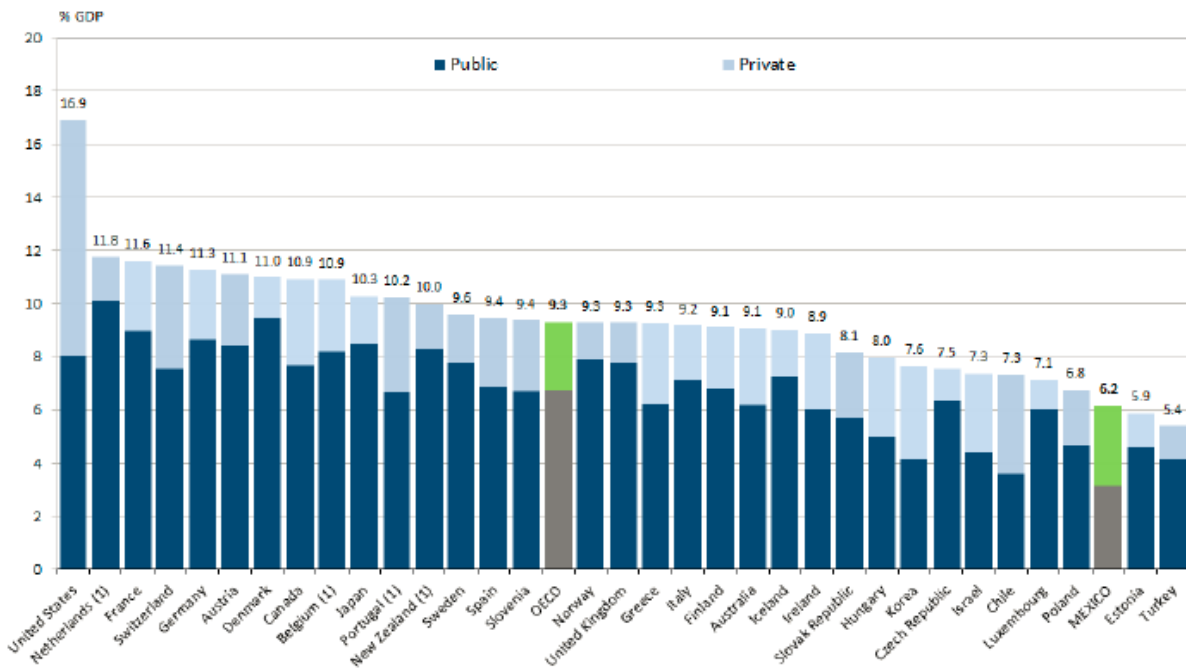
FUENTE: Cuentas Nacionales de Salud, 1992-1998. FUNSAUD. 1999

En lo que se refiere al gasto de los hogares, entre 1992 y 1993 éstos financiaban alrededor de 49% del gasto en salud. En 1994 llegó a ser de 11,775 millones de dólares, lo que representó sólo 44% de ese rubro, pues en ese año el gasto gubernamental fue muy alto. Para 1995 la contribución de los hogares se incrementó en 19 puntos, hasta llegar a 64% (casi 64 millones de pesos). En 1998 los hogares duplicaron el gasto, debido a lo cual contribuyeron con 58% del gasto total en salud (126,000 millones de pesos).

Cabe señalar que en 2012 el gasto total en salud en México representó el 6.2% de su PIB, este porcentaje se encuentra entre los más bajos de los países de la OCDE (sólo por encima de Estonia y Turquía) y muy por debajo del promedio de los países de la OCDE de 9.3%. Como resultado de una gran expansión en la cobertura de salud para los pobres y los no asegurados que comenzó en el 2004, la participación pública en el financiamiento del cuidado de la salud en México se ha incrementado en alrededor de 10 puntos porcentuales para

situarse en 50% en el 2012. Sin embargo, esta tasa se mantiene como una de las más bajas entre los países de la OCDE (donde el promedio es del 72%), y alrededor de la mitad de todo el gasto en salud en México es pagado directamente por los pacientes.

Gasto en salud, público y privado, como porcentaje del PIB en los países de la OCDE (2012 o año más reciente)



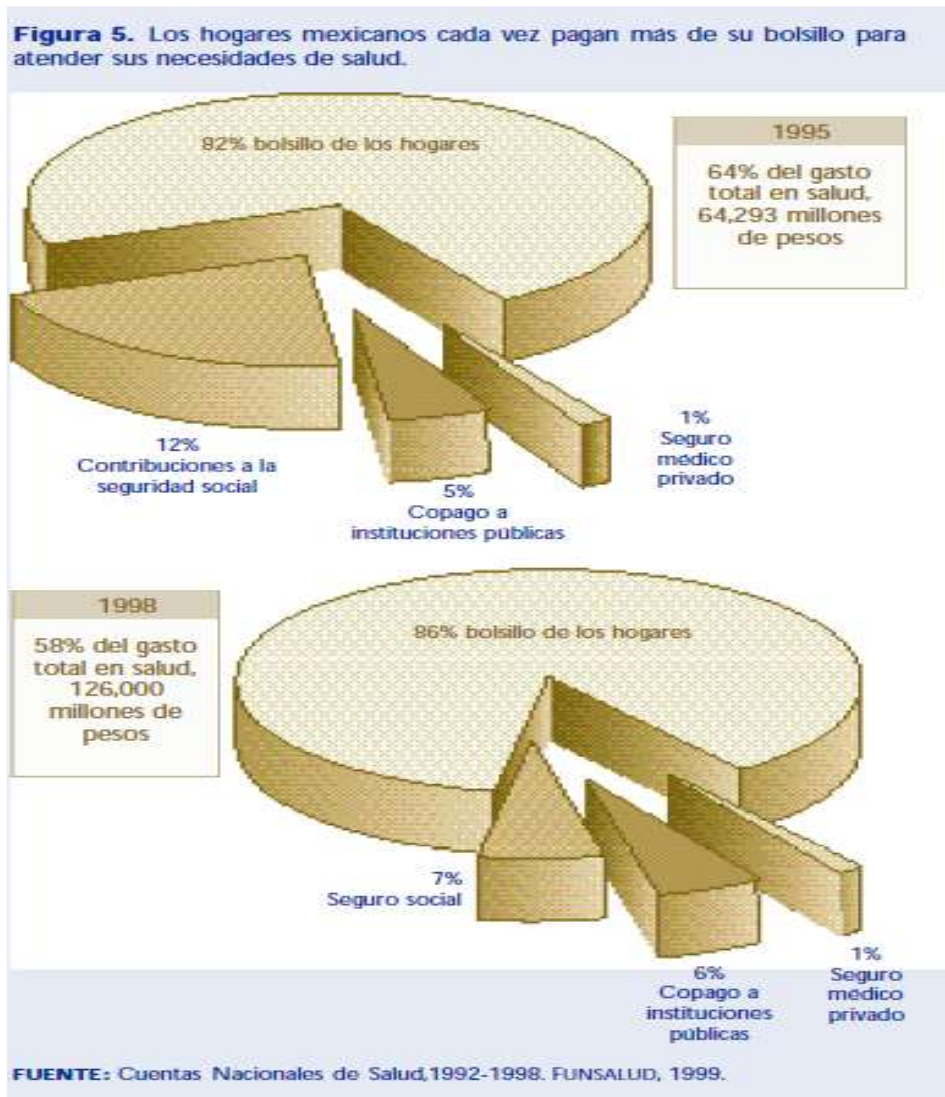
1. Total expenditure excluding capital expenditure.

Source: OECD Health Statistics 2014.

¿Cómo gastan su dinero los hogares?

En 1995, las contribuciones a la seguridad social sumaron 7,596 millones de pesos (11.8% del gasto de los hogares). En ese mismo año, el gasto del bolsillo fue de 82%, esto es, casi ocho mil millones de dólares, que fue 4.4 veces más que el gasto del gobierno. Los copagos a instituciones públicas significaron 5%, y el gasto en seguros médicos privados el 1% restante.

Para 1998, el gasto de bolsillo aumentó en 16% más (115,804 millones de pesos), a pesar de la reducción de 5% en las contribuciones a la seguridad social (figura 5).

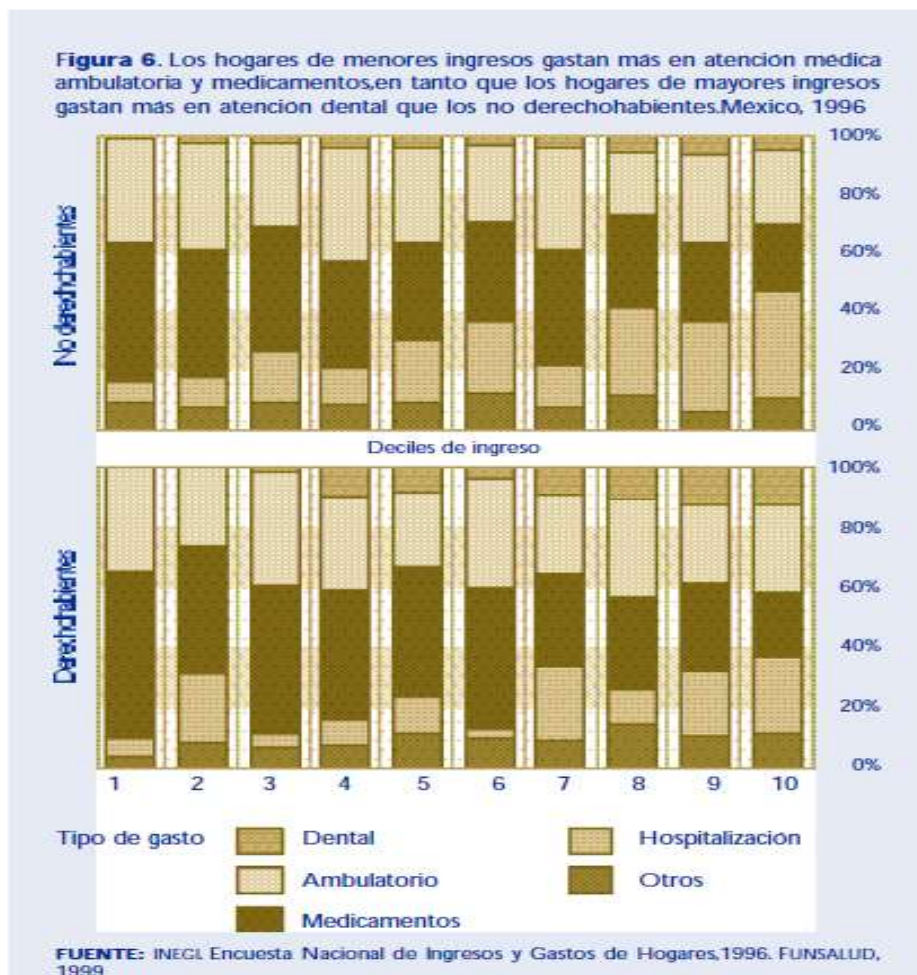


De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares de 1996, en promedio los hogares destinan a gastos en salud 3% del total de su ingreso. Aunque esta situación es regresiva, ya que 10% de los hogares más pobres destinó a este rubro 4.4% de su ingreso total, en tanto que la población más rica solo gastó 2.5%.¹⁵, cabe señalar que es probable que las familias de mayores ingresos pueden recibir apoyo médico del exterior, como en Estados

¹⁵ INEGI (1994, 1996), Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, México

Unidos, de ahí que se diga que se destina menor proporción salarial en este rubro.

El gasto de los hogares en general se concentra en consultas y medicamentos y, en menor proporción, en hospitalización, en tratamientos dentales y en la adquisición de ortesis, prótesis y rehabilitación. Para la atención ambulatoria, el gasto fue cercano a 40%. En 1996 el conjunto de los hogares desembolsó más de siete mil millones de pesos¹⁶ en este rubro. Los hogares de los primeros cuatro deciles gastaron 323 millones de pesos en atención ambulatoria, es decir, cinco veces menos que los hogares del quinto al octavo decil (1,600 millones de pesos) (figura 6).

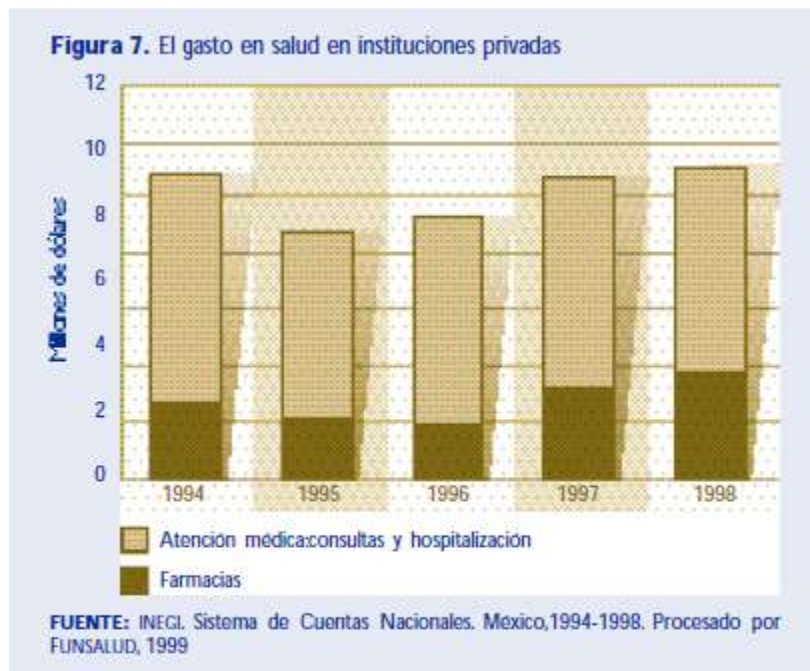


¹⁶ Tipo de cambio en 1994: 3.45 pesos por dólar, en 1996: 7.6 pesos por dólar

La proporción del gasto dedicado a medicamentos es cercana a 30%. Por deciles de ingreso, el gasto es regresivo, ya que los hogares de menores ingresos gastan dos veces más en este rubro que los de los últimos dos deciles. Como porcentaje del gasto, 75% fue compra de medicamentos prescritos en la consulta, 10% en medicamentos para la atención hospitalaria y 19% adquisición de medicamentos sin prescripción médica. El gasto en medicamentos aumentó 40% más entre 1994 y 1996 (de 4,000 millones a 6,500 millones de pesos). El gasto dedicado a la atención hospitalaria fue 25%, con una tendencia progresiva (menos de 10%). En 1996 los hogares desembolsaron 5,400 millones de pesos en este renglón.

Es de señalar que en ese año los hogares gastaron en atención dental sólo 11% del gasto total en salud; este gasto fue progresivo.

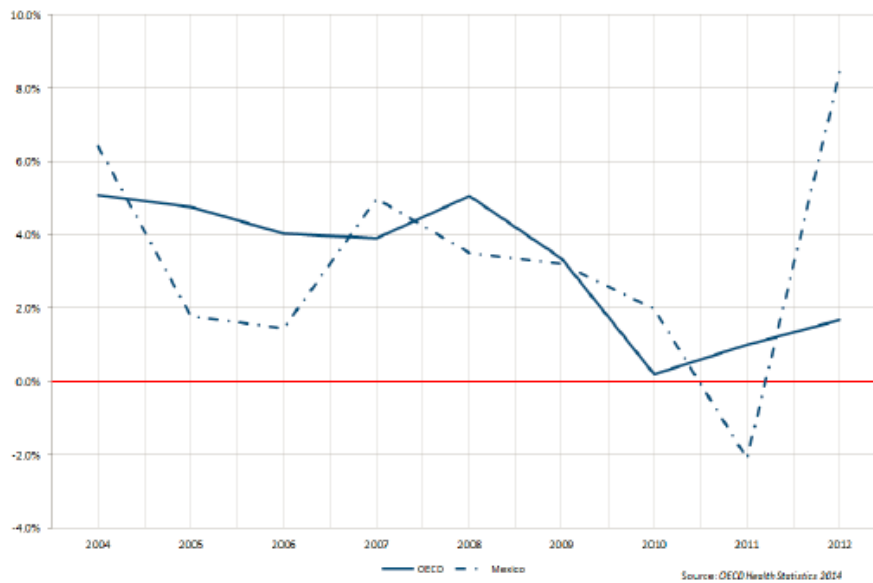
Por otro lado, las instituciones privadas recibieron alrededor de 41% del gasto total en salud, que en 1994 representó 10,865 millones de dólares: 25% en farmacias y 75% en atención médica. Con la crisis económica de esos años, la participación del sector privado se incrementó 16 puntos, con lo que llegó a ser de 57% del gasto total en salud, en comparación con el gasto público. Asimismo, de 1995 a 1998 el gasto en farmacias aumentó 18%, y el correspondiente a la atención médica disminuyó 24% (figura 7).



En México, el crecimiento en el gasto en salud ha tendido a seguir el patrón general de los países de la OCDE desde el 2004. Después de una fuerte caída en el gasto de los hogares en el 2011, como consecuencia de la crisis económica, en el país hubo un aumento significativo en el gasto en salud durante el 2012, particularmente en el sector hospitalario.¹⁷

¹⁷ <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>

Tasas de crecimiento del gasto en salud (en términos reales) desde 2004, México y promedio de la OCDE



El crecimiento del sector privado no ha sido planeado ni regulado, y se ha generado aprovechando la sobreoferta de médicos de los años ochenta. La SSA (Secretaría de salud) ha creado iniciativas de regulación para todos los servicios, entre ellos los del sector privado, como es el caso de la certificación de especialistas, dirigida por la Academia Nacional de Medicina y los consejos médicos, o la acreditación de hospitales, la cual se inició en 1990.

Otras iniciativas han sido la expedición de normas oficiales para el control y supervisión de la medicina pública y no gubernamental, que tienen también un efecto sobre la medicina no gubernamental. Como resultado de la mayor regulación es posible mejorar la coparticipación entre instituciones y generar alternativas para la prestación de servicios de salud.

Es de larga data la experiencia de los convenios de cooperación y de reversión de cuotas, a través de los cuales algunas empresas mantienen la responsabilidad de proporcionar servicios de salud a sus trabajadores,

equivalentes a los beneficios de la seguridad social mediante el financiamiento compartido de la contribución obligatoria a la seguridad social y fondos adicionales de la empresa.¹⁸, siendo este punto de gran interés para el posible establecimiento de convenios de colaboración, a fin de agilizar los procesos educativos.

La transformación más importante es la que se ha originado en el aparato gubernamental. El gobierno federal –vía las secretarías de Hacienda y Crédito Público y de Salud–, preocupado por la magnitud del gasto en instituciones privadas y la falta de regulación de éstas, en 1999 diseñó instrumentos para la regulación de este sector y puso reglas claras para que operaran las Instituciones de Servicios Especializados en Salud (ISES). Así se pretendió generar un mercado competitivo y eficiente que redunde en mejores servicios de salud para quienes de manera voluntaria contraten un seguro; además, de esa manera se buscó proteger los derechos de los usuarios. Las ISES organizarán y administrarán la prestación de servicios de salud a través de prepagos privados y podrán otorgar directamente servicios o contratar a médicos y hospitales. Sin embargo, como aseguradoras requieren de un capital mínimo, reservas para garantizar la solvencia y liquidez, mostrar las redes médicas con que cuentan y su certificación.

En diciembre de 1999 se aprobaron modificaciones a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, lo que dio formalidad a la creación de las ISES.¹⁹ Las expectativas de estas nuevas instituciones son que en el futuro próximo oferten servicios integrales para la salud.

Fortalecer la regulación del mercado privado no es tarea fácil, ya que se tienen que considerar varios factores: 1) las imperfecciones del mercado; 2) las imperfecciones del Estado; 3) los intereses de los agentes (las aseguradoras, los

¹⁸ Frenk J, lozano, González Block MA et al (1994), propuestas para el Avance del sistema de salud en México. México, Economía y Salud FUNSALUD.

¹⁹ Diario Oficial de la Federación (1999) Diciembre.

hospitales y los médicos, entre otros).²⁰ Sin embargo, es natural que exista preocupación, en vista del incremento de la participación del sector privado, tales como:

- El grado de eficiencia que se logra con la competencia entre proveedores de servicios de salud.
- La capacidad y habilidad del gobierno para regular el sector privado.
- La posibilidad de generar mayor equidad con el aumento de la participación del sector privado, en especial en los servicios que actualmente son regresivos.
- El efecto en el fortalecimiento de los servicios públicos.

Además de los riesgos que implica la falta de regulación del mercado privado, puede haber altos costos derivados de la incertidumbre y la inseguridad económica y jurídica, así como de la operación de empresas irresponsables y faltas de seriedad en este sector. Los riesgos son para los individuos y las empresas que voluntariamente contratan servicios de salud prepagados; para los hospitales y médicos y otras sociedades que presten servicios, así como para los proveedores de insumos y los productores de bienes en materia de salud. Otros riesgos son la falta de transparencia que puede resultar en poca inversión y pobre desarrollo del sector salud.²¹

Sabemos que las experiencias sobre este tema en otros países de América Latina no han sido exitosas. La gran mayoría de los modelos de mezcla pública privada se ha enfocado a reducir los costos de la atención médica. Una de las razones de esta tendencia proviene de las demandas de los terceros pagadores, esto es, las empresas, el gobierno federal y los gobiernos estatales, los cuales buscan comprar servicios a precios más bajos. Otra es la respuesta empresarial

²⁰ Chakraborty S (2001) The private health sector handbook. Conducting a private health sector assessment (PH- SA) Washington D.C., World Bank, enero. Y Nial Hafiz (2001) Private Participation in The health sector through active regulation en: The private Health Sector handbook, cap. 2, módulo 4; enero, Washington D.C., Banco Mundial.

²¹ Guerra OE (1999), implementación de la Regulación: procesos y herramientas. Global Leadership Forum, abril.

que pretende ampliar el mercado y prestar servicios aceptables al más bajo precio.

Una presión adicional la constituyen los pacientes, quienes buscan la disponibilidad, el acceso y la confiabilidad de la atención médica, y aunque actualmente en México se cuenta con el **Sistema de Protección Social de la Salud**, programa que busca mejorar la protección financiera para aquellos que no cuentan con cobertura de seguridad social, a través de la inyección de nuevos recursos al sistema, y equilibrio en las transferencias financieras del gobierno federal a los Estados, dinero que se pretende designar al Seguro Popular (SP) para proporcionar a las familias un paquete de intervenciones esenciales y una selección de tratamientos, que en otras circunstancias podrían resultar financieramente catastróficos. La inscripción es voluntaria.

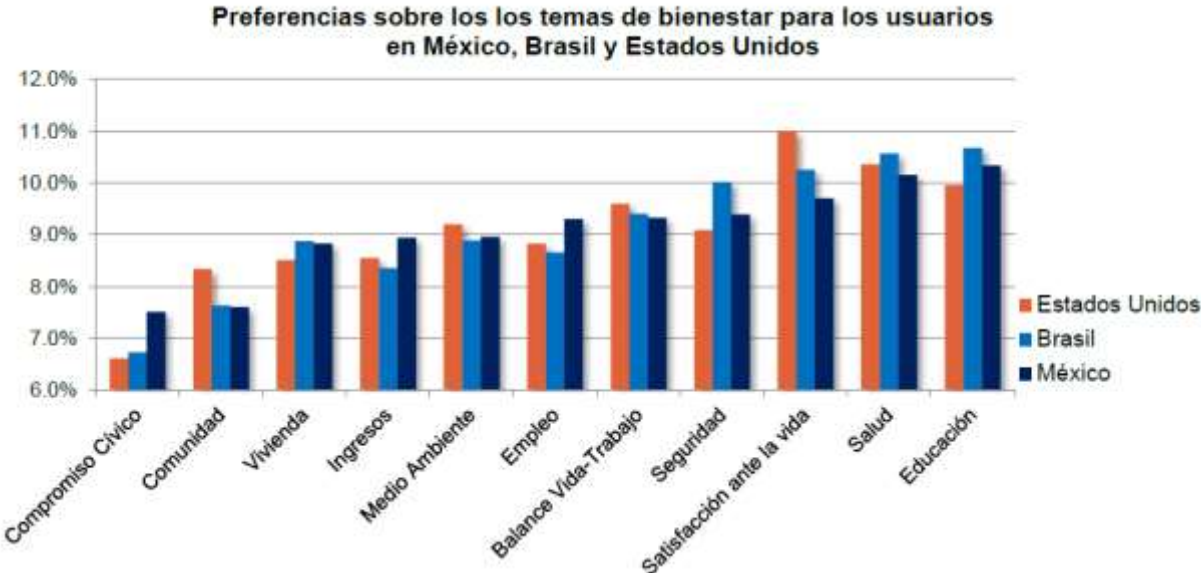
El financiamiento del SP incluye una combinación de recursos financieros existentes y nuevos. Los gobiernos Estatales y el Federal pagan cada uno contribuciones tomando como base a cada familia registrada, que se complementa con una prima pequeña, pagada por los asegurados, de acuerdo con sus ingresos. Al introducir un mecanismo que asignaría más recursos a los Estados más pobres, las inequitativas asignaciones actuales de financiamiento federal entre Estados se reduciría. El sistema tiene incentivos internos que deben motivar el éxito. Los nuevos recursos federales al ser distribuidos tomando como base el número de familias afiliadas, los Estados tienen un incentivo para registrar el mayor número posible de familias al Seguro Popular. Lo que es más, dado que el dinero deberá seguir al paciente, se puede esperar una mejoría en la calidad y en la eficiencia de la provisión. Finalmente, dado que cualquier proveedor puede ofrecer potencialmente servicios de salud a los registrados en el SP, el nuevo sistema puede ser visto como un primer paso hacia el rompimiento de la segmentación entre las instituciones de seguridad social y los Servicios de Salud del Estado, en la provisión de dichos servicios.

Esperemos que las experiencias vividas en otras naciones sean ejemplo para consolidar un modelo que prevea y tenga los menores errores posibles. El nuevo modelo de participación público-privada en México debe hacer énfasis en la prevención y la **educación de pacientes**, que debe iniciarse con un proceso de alfabetización en muchos casos, hasta la educación en el sector salud, así como en el tratamiento de los enfermos sin tener incentivos financieros o monetarios directos para otorgarles o negarles la atención. Una opción es tomar de todos los tratamientos que han demostrado su costo-efectividad, a fin de lograr los ahorros pretendidos. Las decisiones clínicas deben ser neutrales con respecto al salario del médico, puesto que no solo en México, sino en todo el Mundo, las adquisiciones públicas son vulnerables al derroche, el fraude y la corrupción; debido a su complejidad, a la magnitud de los flujos financieros que generan y a la estrecha interacción entre los sectores públicos y privado. En estos últimos años, el sector salud se ha visto inmerso en diversos escándalos en el marco de sus procesos de adquisidores, por lo que es de considerar que se debe partir de un incremento en la confianza y credibilidad en las instituciones más importantes del país.

Propuesta de trabajo en las instituciones de salud público y privado

De acuerdo a lo estudiado arriba, podemos decir que llegar al sector salud en México pareciera de gran complejidad, sin embargo, como lo he mencionado el sector salud está en su ámbito privado y público, y es considerado como la segunda prioridad de los mexicanos, seguida de la educación, por lo cual me permito sugerir que ambos sectores pueden aprovechar esta ventaja competitiva de acuerdo con la iniciativa para una vida mejor propuesta por la OCDE puesta en marcha en 2011, y que centra los aspectos que las personas consideran más importantes para su vida y que, en definitiva, conforman su calidad de vida.

Educación, Salud y Satisfacción ante la vida son los temas que tienen mayor importancia para los usuarios mexicanos. El siguiente gráfico compara las encuestas entregadas por usuarios en México, Brasil y Estados Unidos



Partiendo de las necesidades de los mexicanos y las estadísticas que nos indica el INEA (Instituto Nacional para la educación de los Adultos), tenemos que llegar a más lugares donde encontremos no solo jóvenes y adultos que no sepan leer y escribir, o que no hayan concluido sus estudios de primaria y secundaria, requerimos también llegar a esos sitios donde los mexicanos se sienten además de vulnerables, muy motivados a salir adelante, a seguir sus impulsos y a sumarse al crecimiento individual y colectivo, como lo son las instituciones públicas y privadas del sector salud, para lo cual propongo que se lleve a cabo la siguiente forma de operar, con la intención de abarcar lo más que se pueda de dicho sector.



Para lo cual, como ya se vio se parte de un análisis general del sector salud en México, analizando los determinantes, la estructura pública y privada del personal que emplean las instituciones y su financiamiento, así como las capacidades del personal; posteriormente se plantea realizar un análisis de la población objetivo tanto del sector salud como del sector educativo, a fin de cruzar la información y determinar los programas, planes de acción y finalmente se procederá a realizar una conclusión del presente estudio.

Rezago educativo en instituciones del sector salud

De acuerdo con los reportes emitidos por el INEA actualmente existen 31.9 millones de personas en rezago educativo, de las cuales 5.4 son analfabetas, 10.1 no han terminado la primaria y 16.4 no han concluido la secundaria, motivo por el cual dicho Instituto ha incrementado sus metas de manera significativa en el presente sexenio, siendo una de las razones de este proyecto, ya que se busca crear alianzas con diversos sectores, entre ellos el sector salud en instituciones públicas o privadas.

Para poder determinar si es factible hacer alianzas con dicho sector, considero importante realizar una breve reseña de la situación actual del país en el rezago educativo, que nos muestra cifras alarmantes, toda vez que carecer de una educación básica en pleno siglo XXI es grave, pues la mayoría de las circunstancias en las que nos encontramos inmersos se leen y se escriben; por poner un ejemplo básico, la credencial de elector, misma que te identifica como ciudadano y cuya parte posterior muestra tu firma, y sin saber escribir no hay dicha firma, no hay credencial y parecería que no existe ciudadanía; o para abordar un autobús, tomar un medicamento o bien para convivir con la familia.

Derivado de lo referido arriba, tenemos el siguiente panorama:

- Casi 32 millones de personas mayores de 15 años en rezago educativo
- 7 e cada 10 analfabetas se ubican en 9 estados del país (Veracruz, Chiapas, Estado de México, Oaxaca, Puebla, Guerrero, Guanajuato, Michoacán y Jalisco).
- 61% de los analfabetas son mujeres y 39% hombres
- 49.7% de las personas en rezago vive en zonas urbanas y 50.3% en zonas rurales

- Y 64% de estas personas están en edad productiva, pero lamentablemente solo el 35% está ocupada, por falta de oportunidades laborales al carecer de una educación básica.



Perfil de la población analfabeta

El Censo General de Población y Vivienda 2010, registró a 5,393,665 personas en condición de analfabetismo, representando el 6.9% de la población de 15 años y más

3.3 millones son mujeres (61%)



2.1 millones son hombres (39%)

3.9 millones hablan español (73%)



1.5 millones hablan lenguas indígenas (27%)

49.7% viven en zonas urbanas



50.3% residen en comunidades rurales

64% está en edad productiva (15-64 años)



36% es mayor a 65 años de edad

35% está ocupada



65% está desocupada

El 70% no percibe ingresos y 20% recibe < 2 SM



Sólo el 10% percibe ingresos > 2 SM

- 7 de cada 10 analfabetas residen en 9 estados del país (Veracruz, Chiapas, Estado de México, Oaxaca, Puebla, Guerrero, Guanajuato, Michoacán y Jalisco).



10

Dirección de Concertación y Alianzas Estratégicas

Fuente: Información proporcionada por INEA

Como lo hemos referido en 2000, el 43% de la población contaba con servicios de salud, basados en la estadística de 2010 actualmente 72,514,513 personas gozan de ese beneficio, es decir, 64.55% de los cuales 35,380,021 cuentan con seguro del IMSS (48.79%), 7,190,494 son derechohabientes del ISSSTE (9.91%) y 15,394,890 cuentan con seguro popular (21.23%); pero ¿cuánta de

esta gente puede ser población objetivo para recibir los servicios que ofrece el INEA de alfabetización, primaria y secundaria?, ese es el objetivo del presente, determinar si es factible crear alianzas con este sector, que aparentemente cuenta con más del 64% de la población inscrita en sus padrones para recibir atención aún en las comunidades más alejadas de la ciudad, donde tenemos un fuerte porcentaje de la población analfabeta residiendo.

Para determinar si es factible, tenemos que considerar la población en rezago educativo que reporta el INEGI, como se muestra en el siguiente cuadro:

INSTITUTO NACIONAL PARA LA EDUCACION DE LOS ADULTOS
DIRECCIÓN DE PLANEACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y EVALUACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICA

REZAGO DE LA POBLACION DE 15 AÑOS Y MAS EN EDUCACION BASICA
INFORMACION DEL CENSO DE POBLACION Y VIVIENDA 2010

Entidad federativa	Población de 15 años y más	Analfabetas	%	Lugar	Sin Primaria Terminada	%	Lugar	Sin Secundaria Terminada	%	Lugar	Rezago Total	%	Lugar
Estados Unidos Mexicanos	78,423,336	5,393,665	6.9		10,082,386	12.9		16,424,106	20.9		31,900,157	40.7	
01 Aguascalientes	806,727	26,269	3.3	26	92,104	11.4	21	170,460	21.1	13	288,833	35.8	23
02 Baja California	2,215,759	56,978	2.6	29	223,623	10.1	28	467,873	21.1	13	748,474	33.8	27
03 Baja California Sur	449,217	14,425	3.2	27	49,050	10.9	24	89,440	19.9	22	152,915	34	26
04 Campeche	579,514	48,143	8.3	9	81,410	14	15	110,701	19.1	24	240,254	41.4	13
05 Coahuila de Zaragoza	1,913,256	50,229	2.6	29	180,157	9.4	30	404,773	21.2	12	635,159	33.2	28
06 Colima	465,103	23,856	5.1	18	61,166	13.2	17	94,038	20.2	19	179,060	38.5	20
07 Chiapas	3,095,133	550,844	17.8	1	590,466	19.1	1	688,150	21.6	10	1,809,460	58.5	1
08 Chihuahua	2,320,524	84,969	3.7	24	282,741	12.2	19	572,030	24.7	2	939,740	40.6	15
09 Distrito Federal	6,715,516	140,199	2.1	32	437,748	6.5	32	1,117,770	16.6	32	1,695,717	25.2	32
10 Durango	1,108,793	42,343	3.8	23	164,174	14.8	10	256,435	23.1	7	462,952	41.7	12
11 Guanajuato	3,748,032	306,713	8.2	10	587,720	15.7	7	944,030	25.2	1	1,838,463	49.1	6
12 Guerrero	2,244,576	374,327	16.7	2	326,905	14.6	11	468,948	20.9	16	1,170,180	52.2	4
13 Hidalgo	1,854,450	189,764	10.2	6	227,988	12.3	18	375,463	20.2	19	793,215	42.7	11
14 Jalisco	5,127,597	223,751	4.4	21	691,812	13.5	16	1,180,085	23	8	2,095,648	40.9	14
15 México	10,635,400	466,067	4.4	21	1,041,939	9.8	29	2,168,179	20.4	18	3,676,185	34.6	25
16 Michoacán de Ocampo	2,997,421	305,178	10.2	6	562,040	18.8	3	725,637	24.2	3	1,592,855	53.2	3
17 Morelos	1,262,274	81,045	6.4	13	143,336	11.4	21	240,060	19	26	464,441	36.8	22
18 Nayarit	762,249	48,125	6.3	14	114,756	15.1	8	142,147	18.6	27	305,028	40	16
19 Nuevo León	3,331,163	73,242	2.2	31	282,141	8.5	31	602,652	18.1	29	958,035	28.8	31
20 Oaxaca	2,591,966	421,810	16.3	3	449,118	17.3	4	587,644	22.7	9	1,458,572	56.3	2
21 Puebla	3,924,146	407,182	10.4	5	572,664	14.6	11	924,061	23.5	5	1,903,907	48.5	8
22 Querétaro	1,269,931	80,182	6.3	14	131,552	10.4	26	272,718	21.5	11	484,452	38.2	21
23 Quintana Roo	924,855	44,137	4.8	20	97,021	10.5	25	159,026	17.2	31	300,184	32.5	30
24 San Luis Potosí	1,775,954	140,467	7.9	11	268,503	15.1	8	365,818	20.6	17	774,788	43.6	10
25 Sinaloa	1,969,412	97,946	5	19	286,681	14.6	11	388,588	19.7	23	773,215	39.3	18
26 Sonora	1,874,387	56,899	3	28	210,650	11.2	23	345,990	18.5	28	613,539	32.7	29
27 Tabasco	1,544,096	108,954	7.1	12	218,538	14.2	14	278,719	18.1	29	606,211	39.4	17
28 Tamaulipas	2,264,230	81,675	3.6	25	271,224	12	20	457,340	20.2	19	810,239	35.8	23
29 Tlaxcala	806,459	41,879	5.2	17	82,703	10.3	27	186,992	23.2	6	311,574	38.7	19
30 Veracruz de Ignacio de la Llave	5,415,656	619,394	11.4	4	933,773	17.2	5	1,143,490	21.1	13	2,696,657	49.7	5
31 Yucatán	1,408,061	130,006	9.2	8	224,691	16	6	269,029	19.1	24	623,726	44.3	9
32 Zacatecas	1,021,479	56,667	5.5	16	193,992	19	2	245,820	24.1	4	496,479	48.6	7

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010, INEGI; Estadística Básica del Sistema Educativo Nacional, Matrícula ciclo escolar 2009-2010, SEP.

Y tendremos que comparar los siguientes datos para determinar la viabilidad:

ESTADOS	población total	Rezago educativo en población de 15 años y más	población derechohabiente a servicios de salud	población sin derecho a servicios de salud	población derechohabiente a servicios del IMSS	población derechohabiente a servicios del ISSSTE
Aguascalientes	1,184,996	806,727	930,149	249,596	530,445	89,001
Baja California	3,155,070	2,215,759	2,178,921	908,960	1,378,965	214,838
Baja California Sur	637,026	449,217	481,387	145,165	267,142	85,885
Campeche	822,441	579,514	631,406	182,195	242,892	58,861
Coahuila	2,748,391	1,913,256	2,103,178	602,569	1,551,456	186,290
Colima	650,555	465,103	528,711	112,776	260,865	43,848
Chiapas	4,796,580	3,095,133	2,723,529	2,001,532	621,454	225,372
Chihuahua	3,406,465	2,320,524	2,489,301	798,970	1,539,986	150,466
Distrito Federal	8,851,080	6,715,516	5,644,901	2,971,074	3,036,963	1,095,313
Durango	1,632,934	1,108,793	1,113,493	487,382	571,296	165,985
Guanajuato	5,486,372	3,748,032	3,822,471	1,624,609	1,573,207	264,819
Guerrero	3,388,768	2,244,576	1,807,297	1,550,204	413,207	270,030
Hidalgo	2,665,018	1,854,450	1,739,207	900,595	523,788	183,102
Jalisco	7,350,682	5,127,597	4,709,272	2,536,651	3,043,656	208,646
México	15,175,862	10,635,400	8,811,664	6,128,990	4,473,887	1,023,277
Michoacán	4,351,037	2,997,421	2,359,537	1,930,320	944,255	255,715
Morelos	1,777,227	1,262,274	1,122,320	626,965	466,631	125,845
Nayarit	1,084,979	762,249	827,831	247,066	333,061	111,662
Nuevo León	4,653,458	3,331,163	3,589,417	946,273	2,631,803	168,764
Oaxaca	3,801,962	2,591,966	2,129,000	1,637,908	575,615	232,141
Puebla	5,779,829	3,924,146	2,858,894	2,848,420	1,142,607	271,461
Querétaro	1,827,937	1,269,931	1,351,726	460,320	725,813	76,807
Quintana Roo	1,325,578	924,855	896,408	395,186	518,853	90,577
San Luis Potosí	2,585,518	1,775,954	1,887,156	670,273	846,480	148,293
Sinaloa	2,767,761	1,969,412	2,074,048	677,204	1,148,679	224,738
Sonora	2,662,480	1,874,387	1,970,349	666,374	1,183,161	268,727
Tabasco	2,238,603	1,544,096	1,645,246	564,426	315,783	162,248
Tamaulipas	3,268,554	2,264,230	2,397,748	734,046	1,253,225	208,160
Tlaxcala	1,169,936	804,459	720,545	441,828	211,711	71,598
Veracruz	7,643,194	5,415,656	4,484,837	3,047,595	1,896,140	309,670
Yucatán	1,955,577	1,408,061	1,464,077	470,812	761,192	96,117
Zacatecas	1,490,668	1,021,479	1,020,487	454,088	395,803	102,238

Fuente: INEGI, IMSS, ISSSTE

Para lograr lo anterior tendremos que seguir investigando.

Bibliografía

- Bennett S, McPake B, Mills A (1997) *Private health providers in developing countries*. EUA, Zed Books.
- Chakraborty S (2001) *The private health sector handbook*. Conducting a private health sector assessment (PHSA) Washington, D. C., World Bank, enero.
- *Diario Oficial de la Federación* (1999) 31 de diciembre.
- Frenk J, Lozano R, González-Block MA *et al.* (1994) *Propuestas para el avance del sistema de salud en México*. México, Economía y Salud, FUNSALUD.
- FUNSALUD (2000) Encuesta sobre Satisfacción con los Servicios de Salud (ESSSM). México.
- FUNSALUD (2000) Una visión del sector privado de la salud. México, mimeo.
- González-Rossetti A, Frenk J, Martínez Valle A, Reich M, Soberón G (2000) *La dimensión política en los procesos de la reforma del sistema de salud*. México, Documentos para el Análisis y la Convergencia núm.17, Economía y Salud, FUNSALUD.
- Guerra OE (1999) Implementación de la regulación: procesos y herramientas. *Global Leadership Forum*, abril.

- Guerra OE, González LB, Villegas G (1999) *La regulación de la atención a la salud*. México, Documentos para el Análisis y la Convergencia núm. 16, septiembre, Economía y Salud, FUNSALUD.
- Hernández P, Cruz C, Zurita B, Frenk J, Ramírez R, Álvarez F (1997) *El Sistema de Cuentas Nacionales de Salud en México*. México, Documentos para el Análisis y la Convergencia núm. 15, Economía y Salud, FUNSALUD.
- INEGI (1994, 1996, 2000) Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. México.
- Nihal Hafez (2001) Private Participation in the Health Sector through active Regulation. En: *The Private Health Sector Handbook*, cap. 2, módulo 4; enero, Washington D.C., Banco Mundial.
- OMS *The public/private mix in national health system and the role of ministries of health*. Ginebra.
- Sánchez RH (1999) *Algunos aspectos relevantes de la regulación del sistema de seguros de salud chileno*. Chile.
- SSA (1994) Encuesta Nacional de Salud II. México.
- SSA (2000) Encuesta Nacional de Salud. México.
- SSA *Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios*, vols. 13 al 18. México, Dirección General de Estadística e Informática, 1994-1999.
- Zurita B, Hernández P, Ramírez T, Gamble A, Méndez O, Recio M, Cruz C (1998) Cuentas Nacionales de Salud, 1995. En: *Iniciativas de reformas del*

sector salud en Latinoamérica y el Caribe. Cuaderno núm. 11, México, O P S. Oficina Regional de Desarrollo Sostenible.

Páginas de internet consultadas

- www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf
- <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2013>
- http://catalogo.datos.gob.mx/dataset/mexico-incluyente-estadisticas-nacionales/resource/d9a2ba8f-6d13-4d5d-bc71-ceb97aaa0dc2?inner_span=True

Anexo Curioso

La esperanza de vida en México se ha incrementado mucho más lentamente en los últimos diez años que en cualquier otro país de la OCDE; hoy en día, México tiene la esperanza de vida más baja entre todos los países de la OCDE. Mientras que la esperanza de vida se incrementó en promedio en tres años entre el 2000 y el 2012 en los países de la OCDE (aumentando de 77.1 años a 80.2 años), la esperanza de vida en México se incrementó solamente en un año durante el mismo periodo (de 73.3 a 74.4 años). Por lo tanto, la brecha en longevidad entre México y otros países miembros de la OCDE se ha ampliado de aproximadamente cuatro a cerca de seis años. El lento progreso en la esperanza de vida en México se debe a los dañinos comportamientos relacionados con la salud incluyendo malos hábitos de nutrición y a las muy altas tasas de obesidad, como también, al incremento en las tasas de mortalidad debido a la diabetes y a la no reducción en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Muy altas tasas de mortalidad por accidentes de tráfico y homicidios, como también persistentes barreras en el acceso de cuidado de alta calidad, también explican el progreso relativamente lento en la esperanza de vida. En México, la tasa de obesidad en la población adulta – basada en medidas reales de talla y peso – fue de 32.4% en el 2012 (en comparación con una tasa de 24.2% en el 2000), la cual representa la segunda tasa más alta de los países de la OCDE, después de los Estados Unidos (35.3% en el 2012). La creciente prevalencia de la obesidad presagia incrementos en la incidencia de problemas de salud (tales como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares), como también costos de salud más elevados en el futuro.

Datos fundamentales para México a partir de las Estadísticas de Salud de la OCDE 2014

	México		Promedio de la OCDE		Clasificación entre los países de la OCDE*
	2012	2000	2012	2000	
Nivel de salud					
Esperanza de vida al nacer (años)	74.4	73.3	80.2	77.1	34 de 34
Esperanza de vida al nacer, hombres (años)	71.4	70.5	77.5	74.0	33 de 34
Esperanza de vida al nacer, mujeres (años)	77.3	76.1	82.8	80.2	33 de 34
Esperanza de vida a los 65, hombres (años)	16.7	16.5	17.7	15.6	28 de 34
Esperanza de vida a los 65, mujeres (años)	18.6	18.4	20.9	19.1	31 de 34
Mortalidad por enfermedades cardiovasculares (tasas normalizadas según la edad por cada 100,000 habitantes)	272.9	298.1	296.4	428.5	14 de 34
Mortalidad por cáncer (tasas normalizadas según la edad por cada 100,000 habitantes)	125.1	140.2	213.1	242.5	34 de 34
Factores de riesgo para la salud (de conducta)					
Consumo de tabaco entre los adultos (% de fumadores habituales)	11.8	12.9	21.0	26.0	34 de 34
Consumo de alcohol entre los adultos (litros per cápita)	5.7	5.1	9.0	9.5	32 de 34
Tasas de obesidad entre los adultos, Informada por ellos mismos	-	-	15.4	11.9	-
Tasas de obesidad entre los adultos, medida (%)	32.4	24.2	22.7	18.7	2 de 16
Gasto en salud					
Gasto en salud como % del PIB	6.2	5.0	9.3	7.7	32 de 34
Gasto en salud per cápita (US\$ PPC)	1048	497	3484	1888	33 de 34
Gasto en fármacos per cápita (US\$ PPC)	70	97	498	300	33 de 33
Gasto en fármacos (% del gasto en salud)	6.8	19.9	15.9	17.9	32 de 33
Gasto público en salud (% del gasto en salud)	50.6	46.6	72.3	71.4	32 de 34
Desembolsos en efectivo para atención médica (% del gasto en salud)	45.2	50.9	19.0	20.5	1 de 34
Recursos para la atención de la salud					
Número de médicos (por cada 1,000 habitantes)	2.2	1.6	3.2	2.7	31 de 34
Número de enfermeras (por cada 1,000 habitantes)	2.6	2.2	8.8	7.5	33 de 34
Camas de hospital (por cada 1,000 habitantes)	1.6	1.8	4.8	5.6	34 de 34

*Nota: Los países están clasificados en orden de valores descendente.

***Programa IMSS – Oportunidades.**

IMSS Oportunidades es un programa federal que otorga los servicios preventivos gratuitos en comunidades rurales y urbano marginadas de nuestro país. Su primer antecedente se remonta a 1973, cuando se reforma la Ley del Seguro Social para facultar al Instituto Mexicano del Seguro Social a extender su acción a grupos de población sin capacidad contributiva, en condiciones de pobreza y marginación extremas.

Tiene presencia en 27 estados del país. El Programa no tiene criterios de selección pero sí de adscripción: cada unidad médica tiene su población objetivo, la cual se considera beneficiaria demande o no atención médica, al ser favorecida con las acciones que realiza la red comunitaria de salud en cada localidad.

El Programa IMSS-Oportunidades financia su operación con recursos del Gobierno Federal, autorizados por la H. Cámara de Diputados en el Presupuesto de Egresos de la Federación, los cuales son ministrados a través del Ramo 19 "Aportaciones a Seguridad Social" y constituyen un subsidio federal, por lo que en su ejercicio y control debe cumplir con lo estipulado en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación y en la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria y su Reglamento.