

---

**PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD**  
**MÉXICO**

(1ra edición, octubre 1998)  
(2da edición, abril 2002) \*

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD  
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD  
**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

---



## **RESUMEN EJECUTIVO**

En 2000 el país contaba con una total de 97,4 millones de habitantes, con una tasa de crecimiento anual de 1.4 y de fecundidad de 2.4, siendo la esperanza de vida al nacer de 75.3 años. La población mexicana se distribuye en 32 estados y en 2 444 municipios.

Según datos del PNUD, el índice de desarrollo humano (IDH) en México fue de 0.790 ocupando el lugar 51 con un nivel de desarrollo medio. En los últimos años creció la población en condiciones de pobreza, ascendiendo a 40 millones y a casi 18 millones quienes viven en pobreza extrema. La escolaridad promedio llegó a 7.6 grados.

Existen tres grandes segmentos: las instituciones de seguridad social, compuesto por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que es el mayor, el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y de la Secretaría de Marina, que cubren entre 50 y 55% de la población; los servicios de salud a población no asegurada, proporcionados básicamente por la Secretaría de Salud (SSA) y el Programa IMSS - Solidaridad; y un el tercer segmento que integran los servicios privados, bastante fragmentado y donde los seguros de esta naturaleza afilian poco menos del 2% de la población.

La razón de médicos por 10 mil habitantes en 1997 fue de 11.2, llegando a 12.1 en 2000. La razón de enfermeras por 10 mil habitantes pasó de 18.3 a 18.8 en igual período. Entre los sectores público y privado había 75.9 camas por mil habitantes, 1.8 laboratorios clínicos, 0.2 bancos de sangre, 2.0 equipo de radiodiagnóstico y 7.0 salas de parto.

La Ley General de Salud precisa que la Secretaría de Salud es la institución rectora del sistema, responsable de elaborar las normas oficiales mexicanas del ramo, convocar los grupos interinstitucionales y concentra las estadísticas sanitarias. Entre sus funciones básicas destacan: actualizar la normatividad de regulación sanitaria, evaluar la prestación de los servicios y operar el sistema nacional de vigilancia epidemiológica.

Entre 1997 y 1999 el gasto total per cápita en salud en salud disminuyó ligeramente quedando en 2 988 pesos, pese al aumento del gasto público per cápita en 5.8% en ese periodo. Por su parte, el gasto en salud como porcentaje del PIB fue de 5.5% en 1999, ligeramente inferior a 1998 (5.6%) pero superior a 1996 (5.1%). El IMSS es la institución de salud con el mayor gasto, siendo del 1.46% del PIB en el 2000. Cada institución pública conforma su propia red de servicios y el IMSS es quien otorga el mayor número de prestaciones, seguida por la SSA y el ISSSTE. La calidad de la atención es un área en desarrollo que a partir del año 2001 recibe un renovado impulso con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 precisa tres grandes retos para el sistema de salud: equidad, calidad y la protección financiera, y para enfrentarlos enuncia 10 estrategias de trabajo, que en conjunto se componen de 66 líneas de acción con 43 programas para llevarlas a efecto. El gobierno anterior había impulsado la ampliación de la cobertura del sistema, principalmente a la población rural, mediante un paquete básico de servicios de salud que contaba de 13 intervenciones que caracterizó como de bajo costo y alto impacto. A partir del 2001, el nuevo gobierno colocó el acento en la integralidad de la atención y el aseguramiento, poniendo en marcha un seguro público y voluntario para personas no derechohabientes de la seguridad social, denominado seguro popular de salud, con 78 beneficios y 191 medicamentos asociados a los mismos, que planea afiliar a más de 59 mil familias en su primer año.

En el año 2002 se inició la oferta de seguros integrales de salud por el sector privado, antes existían los denominados seguros de gastos médicos mayores, cuyas repercusiones en la cantidad de asegurados no son claras aún, pero se espera que haga más corporativa la práctica médica privada.

El programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 dejó como principal saldo positivo la ampliación de la cobertura, que según estimaciones dadas por la SSA, se había reducido la población sin acceso a servicios básicos de 10 millones que existían en 1995 a 0.5 millones en el 2000. Se documentó la disminución en la morbilidad y mortalidad por cólera, malaria, dengue y enfermedades inmunoprevenibles, así como el mantenimiento de la tendencia a la disminución de la mortalidad infantil, y se considera que hubo un dinamismo de la participación social en salud expresada en el desarrollo alcanzado por el movimiento de municipios por la salud, con más de 1500 incorporados en el año 2000.

## 1.- CONTEXTO

**1.1 Contexto político.** Los Estados Unidos Mexicanos es una república representativa y democrática compuesta por 31 estados y un Distrito Federal, unidos en una Federación. El gobierno federal y los estatales tienen igual jerarquía, sostienen principios de autonomía y de asociación, y cambian cada seis años. El nivel municipal constituye el tercer orden de gobierno y cuenta con 2 444 municipios que realizan elecciones cada 3 años. La Constitución Política define la división de poderes en Ejecutivo, Legislativo y Judicial.

En las elecciones presidenciales de julio del 2000 triunfó un partido político distinto al que había gobernado al país las últimas siete décadas. Estas elecciones dieron lugar también a una reordenamiento del Congreso, que por vez primera no estuvo dominado por ninguno de los partidos principales. Los gobiernos de los estados son de distintos partidos políticos. Los temas que dominaron el debate político en 2001 fueron la ley de derecho y cultura indígena en el sector social y la reforma fiscal, que estuvo orientada a incrementar la recaudación, planteando la propuesta gubernamental, entre otras cosas, un impuesto de 15% al consumo de alimentos y medicinas, que fue rechazado por el Congreso.

Las prioridades, objetivos y estrategias del gobierno se enuncian en el *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, organizado en tres grandes áreas de trabajo: i) desarrollo social y humano; ii) crecimiento económico con calidad, y iii) orden y respeto social. En la primera de estas áreas se ubica el sector salud y sus objetivos rectores son los siguientes: mejorar los niveles de bienestar, la equidad, las capacidades personales, la confianza en las instituciones, la convivencia armónica con la naturaleza y la cohesión social.<sup>1</sup>

**1.2 Contexto económico.** Los procesos de reforma económica en los últimos años se han caracterizado por la disminución de aranceles y subsidios a productores nacionales, la eliminación de permisos de importación, la liberalización de las transacciones comerciales, el saneamiento del fisco federal, la reducción de las finanzas del sector público, la desregulación de las actividades productivas internas y la autonomía legal del Banco Central. La presencia de México en el escenario geopolítico y económico hemisférico y mundial se ha incrementado con su incorporación al Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLC) y a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), así como con la firma de acuerdos comerciales con la Comunidad Económica Europea y ciertos países de América Latina y Asia.<sup>2</sup>

INDICADORES ECONÓMICOS SELECCIONADOS, MÉXICO, 1997-2000

Indicador	Año			
	1997	1998	1999	2000
PIB (miles de pesos) <sup>1</sup>	3 174 275	3 846 350	4 583 762	5 432 355
PIB per cápita usd (valor ppp) <sup>2</sup>	8 110	7 450	8 070	ND
PIB per cápita usd (valor corriente) <sup>2</sup>	3 700	3 840	4 440	ND
Crecimiento medio anual del PIB <sup>3</sup>	6.8	5.0	3.7	6.6
Gasto en salud como porcentaje del gasto social <sup>1</sup>	ND	33	35	34

Fuente: <sup>1</sup> DGIED/SSA Sistema de cuentas nacionales en salud. México, D.F. 2001 (hasta 1998 datos de FUNSALUD).<sup>2</sup>OPS/OMS Indicadores básicos de 1999, 2000 y 2001. Washington D.C. <sup>3</sup>INEGI. Sistema de cuentas nacionales de México. INEGI, 2000.

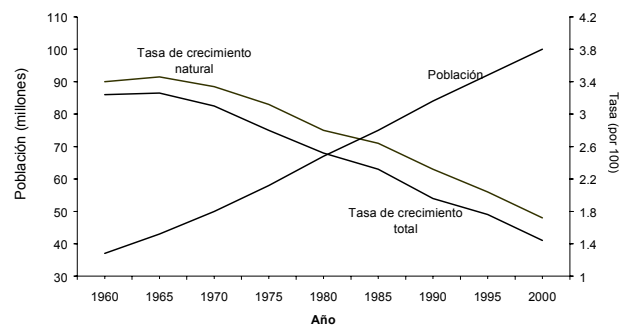
El producto interno bruto (PIB) creció entre 1997 y 2000. Sin embargo, la economía no creció en el año 2001, en buena medida debido la recesión en Estados Unidos de Norteamérica (EU). El PIB per cápita creció entre 1997 y 1999 en valores corrientes pero no en ppp, mientras que el gasto en salud como por ciento del gasto social tuvo muy poca variación. El valor de las exportaciones fue de 122 mil millones de dólares en el 2000, superior en 23% a 1999, con un crecimiento de 89.5% de las exportaciones petroleras y 18.5% de las exportaciones no petroleras. El déficit de la balanza comercial ascendió a 4.5 mil millones de dólares. El déficit de la cuenta corriente se financió sobre todo con fuentes externas de largo plazo e inversión extranjera directa. La inflación fue inferior al 10% en el 2000 y continuó reduciéndose en el 2001, gracias a la austeridad monetaria y fiscal así como a la fortaleza del peso mexicano. Los vínculos de la economía mexicana con EU han crecido proviniendo de ese país el 60% de la inversión extranjera en el 2000, al que también se dirigieron 90% de las exportaciones mexicanas.<sup>3</sup>

Los recursos de cooperación financiera del sistema de Naciones Unidas (NU) para el 2000 ascendieron a 6 655 millones de dólares, aportando el Banco Mundial 6 141 millones. Los recursos para inversión otorgados por la Corporación Financiera Internacional ascendieron a 318 millones de dólares. Los fondos de cooperación técnica que provienen de las agencias y programas de NU ascendieron a poco más de 82.5 millones.<sup>4</sup>

**1.3. Contexto demográfico y epidemiológico.** La población total en 2000 era de 97.4 millones de habitantes. La tasa nacional de crecimiento de la población se estimó en 1.4, mientras que la tasa de incremento natural fue de 1.8 (véase Gráfica 1).

De acuerdo con el censo de población 2000, el 51.2% de la población total son mujeres y 48.8% hombres. El 33.4% es menor de 15 años de edad (10.9% menores de 5 años y 22.5% entre 5-14 años), 64.5% mayor de 15 años (4.9% la de 65 y más años, y 59.6% la de 15 a 64 años) y 2.1% no especifica la edad. La tasa de dependencia ese año fue de 64.3%, con 6.1 dependientes por cada 100 habitantes entre 15 y 64 años de edad.

GRAFICA 1: TASAS DE CRECIMIENTO TOTAL Y NATURAL DE LA POBLACION. MEXICO 1960 - 2000



Fuente: estimaciones y proyecciones del CONAPO.

La población femenina en edad fértil (mujeres de 15 a 49 años) representa el 52.2% del total de mujeres para el año 2000. La tasa global de fecundidad pasó de 2.7 en 1997 a 2.4 en 2000 y los valores más altos se encuentran en los estados de Guerrero (3.03 por 1000 mujeres en edad fértil), Puebla (2.98), Chiapas (2.94) y Oaxaca (2.92). Las mujeres de 25 a 29 años que viven en áreas rurales presentan un promedio de hijas e hijos

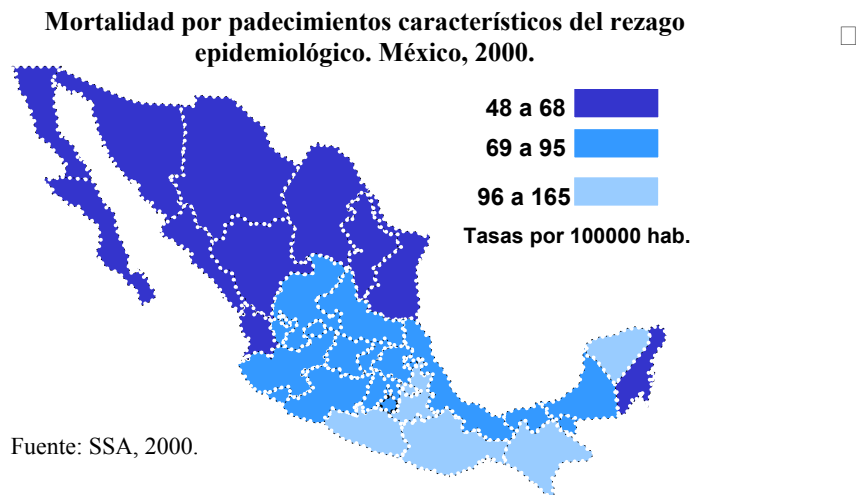
(2.3) mayor que las de áreas urbanas (1.4). Los flujos migratorios al interior del país aumentaron entre 1997 y 2000, llegando a ser alrededor de 18% la población que reside fuera de su lugar de nacimiento. Los estados de Quintana Roo (51.6%) y Baja California (41.4%) tuvieron las mayores inmigraciones netas, mientras que el Distrito Federal (33.2%) y Zacatecas (30.5%) las más fuertes migraciones. Entre 1995-2000 salieron del país 1.6 millones de mexicanos, 96.1% hacia los EU, siendo la pérdida por migración internacional en el año 2000 de poco más de 301 mil personas<sup>5, 6</sup>.

La esperanza de vida al nacer se incrementó de 73.3 años en 1994 a 75.3 años en el 2000, siendo más alta en las mujeres (77.6) que en los hombres (73.1). Los estados con la esperanza de vida al nacer más baja fueron Oaxaca, Guerrero y Chiapas, mientras que Baja California Sur, Nuevo León y el Distrito Federal presentan la esperanza de vida más alta<sup>7</sup>. La esperanza de vida saludable (EVISA) es de 61.1 años en los hombres y de 66.9 años en las mujeres. El análisis de los EVISA indica que, globalmente, las enfermedades no transmisibles y las lesiones tienen un peso importante, siendo las principales causas de daño a la salud la diabetes mellitus (5.8%), los homicidios y las violencias (4.8%) y la cardiopatía isquémica (4.5%), aunque los daños producidos por las afecciones perinatales (7.7%), las infecciones respiratorias (3.0%), la cirrosis (2.9%) y la desnutrición (1.9%) siguen siendo relevantes<sup>8</sup>.

La tasa global de mortalidad en el año 2000 fue 439.5 por 100 000 habitantes: 495.0 en los hombres y 384.8 en las mujeres. La tasa de mortalidad total por enfermedades transmisibles, incluyendo las nutricionales y de la reproducción, ascendió a 72.5 por 100 000 habitantes, siendo mayor en los hombres (79.9) que en las mujeres (65.2). La mortalidad total por enfermedades no transmisibles ascendió 314.6 por 100 000 habitantes, también mayor en hombres (329.9) que en mujeres (299.5). Finalmente, la mortalidad total por lesiones aumentó a 55.6 por 100 000 habitantes, marcadamente mayor en los hombres que en las mujeres, con tasas de 90.0 y 21.7, respectivamente. Las causas de muerte más frecuentes fueron las enfermedades del corazón, con cerca de 69 mil defunciones (15.7%), seguidas por los tumores malignos, con alrededor de 55 mil defunciones (12.6%), y la diabetes mellitas, con casi 47 mil (10.7%). Las defunciones infantiles ascendieron a poco más de 38.6 mil en 2000 (tasa de 13.8 por 1000 n.v.), mientras que las muertes en preescolares alcanzaron la cifra de siete mil (tasa de 80.5 por 100 000 habitantes de 1-4 años). En escolares se presentaron poco más de siete mil muertes (32.2 por 100 000 habitantes de 5-14 años). En el grupo de edad productiva se presentaron alrededor de 166 mil defunciones (268.2 por 100 000 habitantes entre 15-64 años), mientras que en el grupo postproductivo fueron poco más de 217 mil (4 550.1 por 100 000 habitantes de 65 y más años)<sup>9</sup>.

Existen diferencias en la mortalidad entre los estados. La tasa de mortalidad infantil ajustada en Guerrero es de 30 por 1 000 n.v., mientras que en el Distrito Federal es de 20. Las tasas más altas por enfermedades infecciosas intestinales corresponden a Chiapas (14.4 por 100 000 hab.) y Oaxaca (11.6), y las más bajas a Tamaulipas (2.0) y Nuevo León (1.7). Los estados del norte tienen las tasas más altas por

enfermedad isquémica del corazón (Sonora 71.5 por 100 000 habitantes y Chihuahua 67.8), mientras que estados del sur (Tlaxcala 22.5 y Quintana Roo 22.1) tuvieron las más bajas por esa enfermedad<sup>10</sup>. El 18% de los niños menores de 5 años presentaban una talla para la edad menor que la ideal y el retraso en el crecimiento es casi tres veces más frecuente en las zonas rurales que en las urbanas, y cuatro veces mayor en las zonas pobres del sur que en las no pobres del norte. El rezago epidemiológico, que se expresa en la mortalidad por enfermedades evitables como desnutrición, infecciones comunes y algunos padecimientos asociados a la reproducción, muestra una concentración en los estados del sur (véase gráfico). Las peores cifras de daño a la salud se ubican en los 63 grupos indígenas del país, donde la esperanza de vida es de 69 años contra 75.3 de la población nacional. La mortalidad infantil es 58% más alta y el riesgo de morir de una mujer indígena durante el embarazo, parto o puerperio es casi tres veces mayor que el de una mujer no indígena.<sup>11</sup>



El número de casos de malaria en el año 2000 se redujo en 45% (tasa de 14.7 por 100 000 hab.) respecto a 1999 (tasa de 120.0). La incidencia de dengue clásico disminuyó a 2.4 por 100 000 hab. Los casos de dengue hemorrágico fueron 50 con cero defunciones, mientras que los reportes de cólera descendieron a solo cinco casos y cero defunciones. Las atenciones por enfermedades diarreicas y respiratorias agudas fueron 9 452 y 36 876 por cada 100 000 consultas. Los casos de VIH/SIDA hasta el 2000 ascendieron a 47 617, pero debido al retraso en la notificación y al subregistro se ha estimado que pueden existir alrededor de 64 mil enfermos y 117 mil portadores del VIH, siendo la mortalidad estimado en 4.2 por 100 000 hab. La incidencia de enfermedades cardiovasculares fue de 294.2 por 100 000 hab. en el año 2000, siendo la hipertensión arterial la causa más reportada (402.4 por 100 000 hab.), seguida por las enfermedades isquémicas del corazón (60.6), la diabetes mellitus (292.3) y los tumores malignos (92.3) y los accidentes (36.4). Estas enfermedades, unidas a la cirrosis, concentran el 52% de las defunciones del país y son considerados como emergentes, ya que han desplazado a las que ocupaban los primeros sitios como causas de muerte apenas dos décadas atrás<sup>12</sup>.



La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) reportó 27.7% de fumadores, 14.8% de ex-fumadores y 57.4% no fumadores. Alrededor de 1.5 millones de varones y 200 mil mujeres de entre 12 y 65 años de edad cumplían con el criterio de dependencia al alcohol del DSM-IV, mientras que 9.6% de los hombres y 1.0% de las mujeres consumen alcohol en exceso. El consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida es de 5.2%, equivalente a 2.5 millones de personas<sup>13</sup>.

**1.4. Contexto social.** El índice de desarrollo humano en 1999 fue de 0.790, que ubica al país en el lugar 51, con un nivel de desarrollo humano medio<sup>14</sup>. En los últimos años creció la población que vive en condiciones de pobreza, que para el año 2000 ascendió hasta 40 millones y a casi 18 millones quienes viven en condiciones de pobreza extrema.<sup>15</sup>

El 53.4% de la población está ocupada en el sector de comercio y los servicios, 15.4% en el sector primario y 27.8% en el industrial. El 87.3% de la población de entre 6 y 14 años sabe leer y escribir (87.8% de las niñas y 86.8% de los niños), elevándose a 90.5% en los mayores de 15 años. En contraste, en las zonas rurales poco más del 20 % de la población no sabe ni leer ni escribir. La escolaridad promedio es de 7.6 grados aprobados (7.8 en hombres y 7.3 en mujeres). Los estados con el nivel más alto de escolaridad son el Distrito Federal (9.7) y Nuevo León (8.9), y los más bajos Chiapas (5.6), Oaxaca (5.8) y Guerrero (6.3). Coincidentemente estos tres estados concentran la mayor cantidad de población indígena del país. El 72.8% de los hombres y 69.1% de las mujeres han completado la enseñanza primaria. Los hombres analfabetos de 15 o más años representan el 7.4% y las mujeres el 11.3%. Los hombres son quienes se inscriben en la secundaria en mayor proporción.<sup>16</sup>

Por lo que se refiere a la pertenencia a alguna institución de seguridad social, declaran estar afiliadas a alguna institución de seguridad social 40 de cada 100 personas, encontrando las cifras más bajas en los estados de Chiapas y Guerrero (17.6% y 20.3%, respectivamente) y las más altas en Coahuila (69.7%) y Nuevo León (65.9%)<sup>17</sup>.

## **2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD**

**2.1 Organización general.** El sistema de servicios de salud está segmentado en tres grandes grupos, de acuerdo con la inserción laboral y la capacidad de pago de las personas, y al interior de estos el acceso a la atención se encuentra fragmentado en varias instituciones, según se describe a continuación:

Los trabajadores de la economía formal deben afiliarse por ley a alguna institución de seguridad social. En 2000 esta población ascendía alrededor de 50 millones de personas. El Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) concentraba a la mayor parte de estos asegurados (cerca del 80%), seguido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), las Fuerzas Armadas (SEDENA), Marina y diversos seguros para trabajadores estatales.<sup>18</sup>

**Servicios de Salud de la Seguridad Social**

Características	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	Estatales
<b>Naturaleza jurídica</b>	Órgano tripartita (gubernamental, empresarial y trabajadores)	Institución pública con personalidad jurídica y patrimonio propio	Empresa pública con personalidad jurídica y patrimonio propio	Secretaría de Estado	Instituciones públicas en varios estados
<b>Fuentes de financiamiento</b>	Federal, empleado y empleador	Federal y empleado	Propia	Federal	Federal/Estatal y empleado

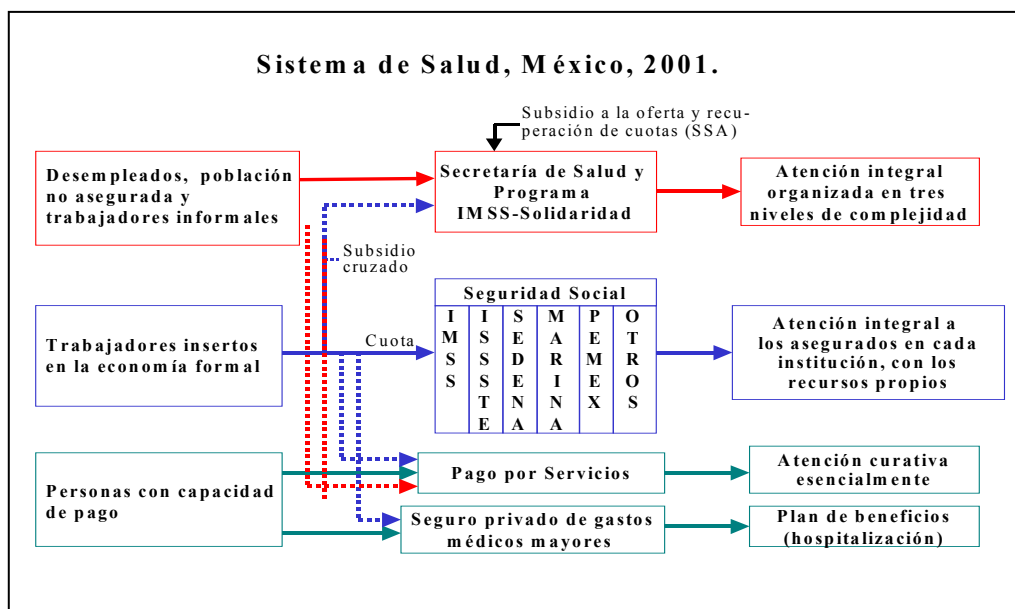
El sistema para población abierta o no asegurada (alrededor de 48 millones de personas) incluye los servicios de la Secretaría de Salud (SSA), que opera en áreas urbanas y rurales de todo el país, y el programa IMSS-Solidaridad, que atiende a población de zonas rurales definidas (alrededor de 11 millones de personas de 14 estados).<sup>19</sup> La SSA se financia por el presupuesto de la Federación y de los gobiernos estatales, esencialmente, y tiene ingresos por cuotas de recuperación de quienes pueden pagar, mientras que el IMSS-Solidaridad recibe una asignación presupuestal del gobierno federal y cuenta con el apoyo administrativo del IMSS.

**Servicios de Salud para Población Abierta**

Características	SSA	IMSS-Solidaridad
<b>Naturaleza jurídica</b>	Secretaría de Estado	Programa dentro del IMSS
<b>Descentralización</b>	Muy avanzada	Desconcentración administrativa
<b>Fuentes de financiamiento</b>	Federal, estatal y cobro por servicios	Federal y apoyado por la administración del IMSS

El sector privado funciona en un contexto poco supervisado, brinda una atención de calidad desigual, con precios variables y está bastante fragmentado. En 1999 se contabilizaron 2 950 unidades médicas privadas con servicios de hospitalización, que sumaban 31 241 camas, de las cuales 48% estaban en establecimientos con menos 15 camas<sup>20</sup>. Las ONGs tienen un peso poco significativo en la prestación de servicios, aunque su trabajo organizado en redes es cada vez más relevante en los ámbitos de sexualidad y reproducción, VIH/SIDA, violencia intrafamiliar, atención a las adicciones y a las discapacidades.

La figura muestra los segmentos de población, los prestadores de servicios de salud y los beneficios que recibe la población, apreciándose que adicional a lo descrito en los puntos anteriores, ocurren otras conexiones entre los segmentos, representadas con líneas de punto, como son: afiliados a la seguridad social se atienden en la SSA porque le satisface más la atención o porque viven lejos de la unidad de medicina familiar del seguro, deviniendo en un subsidio cruzado desde la SSA; o disponen de un seguro privado de gastos médicos mayores, otorgado muchas veces como una prestación laboral adicional. Asimismo, se conoce que los afiliados a la seguridad social y la población general de todos los niveles económicos acuden eventualmente a la medicina privada pagando de su bolsillo por los servicios consumidos. Otros desarrollos recientes del sistema de salud son el seguro de salud para la familia del IMSS, (explicado en la pag.13).



## 2.2 Recursos del Sistema

**Recursos humanos.** En los últimos 10 años creció el número de profesionales y técnicos de la salud trabajando en las instituciones públicas, aumentando las tasas de médicos y enfermeras por habitantes, aunque la de enfermeras muy poco en los últimos 5 años (ver cuadro).

### RECURSOS HUMANOS CONTRATADOS (SECTOR PÚBLICO), 1990-2000

TIPO DE RECURSO	1990	1993	1995	1997	1999	2000
Total de médicos	89 330	107 495	118 254	129 031	135 159	140 629
Total de enfermeras	130 519	154 852	166 496	172 294	184 264	190 335
Personal de servicios de diagnóstico y tratamiento*	21809	25 244	27 386	33 602	34 857	36 388
Egresados de postgrado en ciencias de la salud	3,807	4,036	3,024	4,451	ND	ND
Médicos por 10 000 hab.	11.0	9.3	10.7	11.2	11.8	12.1
Enfermeras por 10,000 hab.	16.0	16.8	18.4	18.3	18.8	19.0

**Fuente:** SSA. DGIED, Boletín de Información Estadística, 1994-2000. Salud Pública de México 42(6);2000.\* Se refiere a profesionales, técnicos y auxiliares que trabajan en los servicios de diagnóstico y tratamiento.

La SSA contrata el mayor número de médicos y el IMSS de enfermeras, mientras que el resto de las instituciones no alcanzan ni la mitad de los contratados por estas dos. Trabajaban en el sector privado casi 63 mil médicos en 1999, de los cuales 27 501 eran contratados en unidades médicas privadas, el resto eran vinculados por acuerdos especiales<sup>21</sup>. La distribución de los recursos humanos es desigual, ya que mientras los estados de México y Chiapas contaban en el año 2000 con 0.8 y 0.9 médicos en instituciones públicas por cada 1 000 hab., el D.F. y Baja California Sur tenían 3.2 y 2.5, respectivamente. La tasa de médicos por 1

000 hab. en los municipios de muy alta marginación es de 0.7 mientras en los de muy baja marginación es de casi 2.5, al tiempo que los municipios indígenas de Oaxaca cuentan con sólo 0.13 médicos<sup>22</sup>.

**DISTRIBUCIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD 2000**

Institución	Médicos	Enfermeras	Personal auxiliar de diagnóstico y tratamiento	Personal administrativo
SSA y SESA	54 293	73 502	15 438	41 521
IMSS-Solidaridad	5 541	6 847	294	2 210
IMSS	53 473	79 100	13 879	84 246
ISSSTE	17 886	20 052	3 230	10 790
PEMEX	2 386	2,678	527	674
SEDENA	1 753	2 128	1 951	-
MARINA	829	1 025	196	421
Sector privado (1999) <sup>ⓧ</sup>	62 951	29 365	4 791	12 744

Fuente: SSA. Boletín de información estadística: recursos y servicios. 2000.<sup>ⓧ</sup> Aspectos relevantes de infraestructura de unidades médicas del sector privado. Salud Pública de México;43(2) SESA = Secretarías Estatales de Salud.

Un estudio realizado en 1999 encontró que alrededor de 27% de los médicos y 43% de las enfermeras tituladas estaban subempleadas, inactivas o trabajaban en otras actividades, siendo la situación más aguda en las mujeres, quienes presentaban una tasa de desempleo entre tres y cuatro veces mayor que los hombres<sup>23</sup>.

Existen en el país 1 033 programas de ciencias de la salud, correspondiendo el mayor número a especialización y licenciatura (545 y 297, respectivamente) y según el campo de conocimiento, a medicina (509) y odontología (167). Los estudiantes de las 78 Facultades de Medicina del país eran 79 524 en 1999, con 77% en escuelas públicas y 23% en privadas. El sexto y último año de la carrera es de servicio social, obligatorio por ley para todos los estudiantes. Entre 1997 y 1999 la matrícula total creció 13%, en proporción ligeramente superior para las escuelas públicas con respecto a las privadas<sup>24</sup>.

Todas las instituciones públicas de salud desarrollan planes de educación permanente para el personal de profesional, técnico y de servicios, con base en las necesidades de capacitación que identifican y los recursos que disponen. Destaca por su magnitud, la capacitación en el Paquete Básico de Servicios de Salud, desarrollada por la SSA y las secretarías estatales de salud entre 1996 y 2000, que alcanzó a preparar 876 470 promotores de salud, y por su modernidad cabe señalar el programa de Teleeducación a distancia del ISSSTE que había ejecutado 93 cursos monográfico y 3 diplomados hasta el 2001<sup>25,26</sup>.

**Medicamentos y otros productos sanitarios.** La industria farmacéutica nacional e internacional está integrada por más de 150 empresas, la mayoría afiliadas a la cámara nacional (CANIFARMA) y/o la asociación de empresas farmacéuticas dedicadas al desarrollo de la investigación (AMIIF). México ocupa el lugar 15 en volumen de producción mundial y en 1998 tuvo ventas por 5 mil millones de dólares, con cerca del 80% dirigidas al mercado privado; el 72% fueron productos de empresas extranjeras y 28% de compañías nacionales, y sólo 15% fueron medicamentos genéricos. Los cinco medicamentos más vendidos en el año 2001 fueron: Pentrexil, Neo-Melubrina, Dolac, Xenical y Temptra<sup>27</sup>.

México es signatario de la ley de protección a la propiedad intelectual y en esa medida se respeta la vigencia de las patentes de medicamentos. El registro nacional está a cargo de la SSA y se terminó de automatizar en el año 2000 con la cooperación técnica de la OPS/OMS. No hay periodo de caducidad para los registros y desde 1998 están separados los de marca y los genéricos. Entre 1995-2000 se autorizó el registro de 3 154 medicamentos alopáticos, incluyendo 1 172 genéricos intercambiables, que responden a 207 denominaciones<sup>28</sup>. La SSA tenía definido en el año 2000 un Cuadro Básico Esencial para el primer nivel de atención con 70 medicamentos y doce vacunas, que en la práctica será ampliado por el Seguro Popular de Salud. Existe un Catálogo de medicamentos para el segundo y tercer nivel de atención, un Catálogo de Material de Curación y Prótesis del sector salud y un Catálogo de Biológicos y Reactivos normados por el Consejo de Salubridad General. Las instituciones convocan a licitaciones públicas para adquirir los medicamentos y la SSA autoriza a los estados a realizar sus compras, si lo estiman más conveniente. Los medicamentos se entregan gratuitos en la seguridad social y en la SSA pueden serlo o se cobra una cuota, generalmente módica, señalando varios estudios desabastos frecuentes en las unidades. El sistema de cuentas nacionales en salud no recopila datos sobre el gasto público y privado en medicamentos. El nombramiento de un farmacéutico responsable es exigido a las farmacias privadas, pero no para las farmacias de hospitales<sup>29</sup>.

Los Bancos de Sangre integran una red que encabeza el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS) y cuenta con 31 Centros Estatales, que prestan servicios directos y dan asistencia técnica a otros 588 bancos de sangre, 3 313 servicios de transfusión y 150 puestos de sangrado. Las donaciones de sangre sobrepasaron 1.2 millones en el 2000 y la mayor parte proviene por reposición, mientras que los donantes voluntarios fueron 8.6% ese año. No se practica la donación remunerada en el país<sup>30</sup>.

**Equipamiento y Tecnología.** Los recursos esenciales para la atención ambulatoria y hospitalaria han crecido sistemáticamente en todas las instituciones públicas durante los últimos años. Las unidades médicas del sector público sumaban 19 107 en el año 2000, perteneciendo el 60.5% a la SSA, quien también posee el mayor porcentaje de camas censables (40.8%), de laboratorios de análisis clínicos (49.9%), salas de parto (87.5%) y quirófanos (54.9%), en cambio la mayor proporción de equipos de radiodiagnóstico lo tiene el IMSS con 42.4%. (ver cuadro)

Las diferencias entre estados son importantes. Mientras el D.F., Baja California y Sonora contaban con 1.9, 1.5 y 1.1 camas por 1 000 hab., respectivamente, los estados de Chiapas, Puebla, Veracruz y Oaxaca tenían 0.2, 0.19, 0.11 y 0.07, evidenciando una distribución desigual<sup>31</sup>. No se cuenta con información concentrada sobre la ubicación de equipos médicos defectuosos o fuera de uso. El sector público ha crecido en equipos y tecnologías durante los últimos años, a juzgar por las compras que informan, pero los informes de las instituciones refieren que persisten rezagos tecnológicos, particularmente en los hospitales. Se estima que han aumentado los equipos de diagnóstico y tratamiento con tecnología de punta en el sector privado.

**PRINCIPALES RECURSOS MATERIALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 2000**

Institución	Unidad médica	Consultorios	Camas censable	Laboratorio clínico	Equipos de radiodiag.	Bancos Sangre	Salas Parto	Quirófanos
SSA y SESA	11 551	23 395	31 487	927	1 135	112	6 074	1 112
IMSS Solidaridad	3 609	4 193	1 994	69	69	0	69	69
Otros	79	648	1 477	15	58	10	36	68
<b>Subtotal Pob. Abierta</b>	<b>15 239</b>	<b>28 236</b>	<b>34 958</b>	<b>1 011</b>	<b>1 262</b>	<b>122</b>	<b>6 179</b>	<b>1 259</b>
IMSS	1 784	14 089	28 622	496	1 511	31	470	972
ISSSTE	1 244	5 313	6 745	201	436	58	159	286
PEMEX	215	1 538	980	22	60	8	28	52
SEDENA	296	1 053	3 885	39	92	6	44	84
MARINA	142	408	732	25	64	4	29	39
Otros	187	855	1 222	24	61	11	36	68
<b>Subtotal Pob. Asegu.</b>	<b>3 868</b>	<b>22 041</b>	<b>42 186</b>	<b>807</b>	<b>2 224</b>	<b>118</b>	<b>766</b>	<b>1 501</b>
Sector Privado <sup>&amp;</sup>	2 550	12 455	31 241	682	ND	211	2 392	2 568
Por c/ 1,000 habitantes	77.5	51.5	75.9	1.8	2.0	0.2	7.0	2.8

Fuente: SSA. DGIED. Boletín de Información estadística: recursos y servicios, 2000. <sup>&</sup> Aspectos Relevantes de la infraestructura de las unidades médicas del Sector Privado. Sal Pub Méx 43(2);2001.

## 2.2 Funciones del Sistema de Salud

**Rectoría.** La SSA es la institución rectora del sistema y elabora las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), donde se establecen los procedimientos y contenidos específicos de la regulación sanitaria nacional. El ordenamiento jurídico del sector se basa en dos leyes generales, actualizadas periódicamente a iniciativa del gobierno: Ley General de Salud y Ley General del Seguro Social, cuyas operacionalizaciones se realizan a través de Normas Oficiales Mexicanas (NOM), Reglamentos, Reglas de Operación y Acuerdos de las instituciones públicas, publicados en el Diario Oficial de la República. La Federación elabora y revisa las NOM, convoca a los grupos interinstitucionales (p.ej. de estadísticas sanitarias, de atención a grupos de población, etc.) y concentra las estadísticas de salud. No existe un verdadero sistema nacional de información, sino un conjunto -cada institución pública tiene el propio- de subsistemas estructural y funcionalmente desconectados entre sí, que generan información sobre población y cobertura, recursos, servicios prestados y daños a la salud<sup>32</sup>. La regulación sanitaria de productos, bienes y servicios se ejerce en un marco compartido de responsabilidades entre la federación y las secretarías estatales de salud (SESA).

Existen dos importantes instancias de regulación y coordinación sectorial: el Consejo de Salubridad General, órgano dependiente de la Presidencia de la República encargado de la coordinación intersectorial en salud; y el Consejo Nacional de Salud, órgano de carácter federal para la coordinación territorial de las políticas de salud, integrado por el Secretario de salud y los 32 Secretarios estatales del ramo.

La supervisión y control del gasto público lo hace la Oficialía Mayor de cada institución, bajo directrices y en estrecha coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, quien transfiere los recursos financieros, y la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo que supervisa el gasto.

Cada prestador público realiza la conducción, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud a su población blanco, contando para ello con su propia red de unidades de atención.

Los mayores avances en descentralización los tiene la SSA, gozando las SESA de facultades para radicar plazas, contratar personal y ejecutar la organización, gestión y control de los servicios de salud. El IMSS inició en el año 2000 un programa de desconcentración de funciones administrativas, financieras y médicas a las 7 direcciones regionales y 37 delegaciones (a partir de 2002 son 4 y 25, respectivamente), que proyecta seguir avanzando hacia niveles más operativos a través de la creación de 139 Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD). El ISSSTE, SEDENA y PEMEX trabajan bajo esquemas más centralizados de manejo presupuestario y toma de decisiones.

La acreditación de las escuelas de medicina y enfermería la realizan las asociaciones que agrupan estas instituciones y alcanza poco desarrollo: en el 2001 estaban acreditadas 23 de las 78 escuelas o facultades de medicina y 5 de las más de 300 de enfermería. La certificación de los médicos especialistas es controlada por los consejos de las diversas especialidades, bajo la coordinación de las Academias Nacionales de Medicina y de Cirugía. Existe un mecanismo para la certificación de médicos generales que coordina el Consejo Nacional de Medicina General. En 1999 se inició la certificación de hospitales bajo la responsabilidad del Consejo de Salubridad General, que hasta el año 2000 dictaminó sobre 518 hospitales de los cuales 422 fueron certificados. Sus procedimientos y contenidos fueron sujetos a revisión y modificación y en el año 2002 se reiniciará el procedimiento bajo las nuevas bases<sup>33</sup>.

**Financiamiento y Gasto.** La información sobre gasto público en salud es confiable y está bajo la responsabilidad de las Secretarías de Hacienda y Crédito Público, y de Salud, quien tiene un sistema de cuentas nacionales en salud que también recopila datos del sector privado. Entre 1997 y 1999 el gasto total per cápita disminuyó 1.3%, pese al aumento del gasto público per cápita en 5.8%, mientras el gasto privado en salud global y per cápita disminuyó, aunque se mantiene superior al público. (véase cuadro)

La distribución del gasto público en salud es inequitativa, con 19 estados por encima de la media nacional y 13 por debajo, siendo los más rezagados Guanajuato, México, Michoacán, Puebla y Veracruz. Los aportes de los gobiernos estatales al presupuesto de salud varían notablemente, encontrando en el año 2000 que sólo 5 estados aportaban más del 20% del total de cada uno (Aguascalientes, D.F., Morelos, Sonora y Tabasco)<sup>34</sup>.

El gasto total en salud como porcentaje del PIB tuvo en 1998 su valor más elevado de los últimos años con 5,6%, disminuyendo a 5.5% en 1999, siendo la composición pública y privada de 2,6% y 2,9%, respectivamente. El IMSS es la institución que tiene la mayor porción del gasto público, que para el año 2000 fue 1.46% del PIB, seguido por la SSA (0.65%) y el ISSSTE (0.23%)<sup>35</sup>.

### Gasto Nacional en Salud, 1997-2000

(millones de pesos constantes)

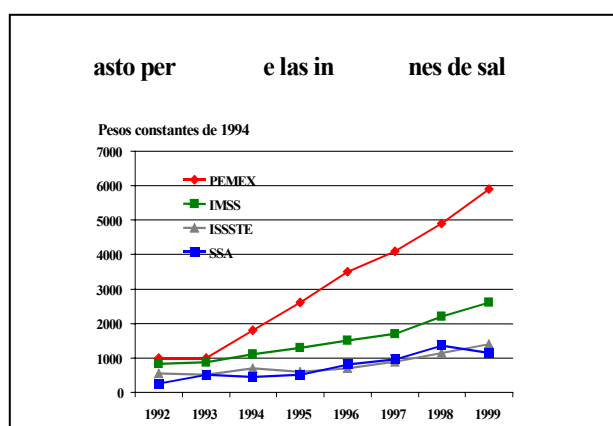
Indicador	1997	1998	1999	2000
Gasto público en Salud	126 638	138 854	139 042	135 141
Gasto privado en Salud	161 421	165 806	155 105	ND
<b>Gasto total en salud</b>	<b>288 059</b>	<b>304 660</b>	<b>294 147</b>	<b>ND</b>
Gasto público en salud per cápita	1 330	1 439	1 407	1 347
Gasto privado en Salud per cápita	1 696	1 719	1 581	ND
<b>Gasto total en salud per cápita</b>	<b>3 027</b>	<b>3 159</b>	<b>2 988</b>	<b>ND</b>

Fuente: SSA/DGIED. Sistema de Cuentas Nacionales en Salud (hasta 1998 datos recolectados por FUNSALUD).

### GASTO NACIONAL EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB, 1996-2000

Indicador	1996	1998	1999	2000
Gasto público en salud	2.3	2.6	2.6	2.5
Gasto privado en salud	2.8	3.0	2.9	ND
<b>Gasto total en salud</b>	<b>5.1</b>	<b>5.6</b>	<b>5.5</b>	<b>ND</b>
Gasto por institución:				
SSA	0.42	0.58	0.63	0.65
IMSS-Solidaridad	0.08	0.08	0.07	0.07
IMSS	1.37	1.50	1.55	1.46
ISSSTE	0.18	0.21	0.22	0.23
PEMEX	0.07	0.08	0.08	0.08

Fuente: SSA/DGIED. Sistema de Cuentas Nacionales en Salud (hasta 1998 datos recolectados por FUNSALUD).



Entre 1996 y 1999 todas las instituciones públicas, excepto el IMSS-Solidaridad, aumentaron su gasto como proporción del PIB, tendencia que para el año 2000 sólo mantuvieron la SSA y el ISSSTE. Hay diferencias en el gasto per cápita que ejerce cada institución pública, evidenciado en la figura anterior, donde se aprecia que en PEMEX alcanza a ser dos veces superior al IMSS y más de tres veces a la SSA y el ISSSTE. El gasto público tiene una alta concentración en la atención curativa, por ejemplo, los hospitales de segundo y tercer nivel del IMSS consumen cerca del 75% del presupuesto de la institución y en el ISSSTE esta cifra es del 69%<sup>36</sup>.

El mayor porcentaje del gasto nacional en salud según la fuente –origen de los fondos- corresponde a los hogares, que pasó de 50% en 1993 a 57.5% en 1998; seguido por los aportes del gobierno federal que aumentaron de 19.4% a 23.8%, mientras que los gastos de los empleadores disminuyeron luego de reformarse la ley de seguridad social en 1997, siendo en 1998 de 18.4% cuando en 1993 eran 29.1%. Según la concentración de los fondos, el sector privado tiene el mayor porcentaje con 53.9% en 1998. Asimismo, los fondos de la seguridad social han disminuido luego de 1997 cuando se separaron los fondos de pensiones y de salud, a raíz de modificaciones introducidas a la ley de seguridad social.



**PORCENTAJES DEL GASTO NACIONAL EN SALUD SEGÚN FUENTES Y FONDOS**

	1993	1994	1997	1998
<b>Fuentes:</b>				
Hogares	50.3	49.1	61.2	57.5
Empleadores	29.1	28.3	17.8	18.4
Gobierno Federal	19.4	19.7	20.7	23.8
Gobiernos Estatales	1.2	2.9	0.3	0.3
Total	100	100	100	100
<b>Fondos:</b>				
Seguridad Social	42.4	42.6	32.2	32.8
No asegurados	12.8	12.9	11.5	13.3
Privados	42.4	41.9	56.3	53.9
Seguros privados	2.4	2.6	0	0
Total	100	100	100	100

Fuente: SSA/DGIED. Sistema de Cuentas Nacionales en Salud. (datos recolectados por FUNSALUD)

**Aseguramiento.** Se ha calculado que entre 50 y 55 % de la población está afiliada a la seguridad social, no pudiendo establecerse la cifra exacta directamente de los registros de las instituciones por la superposición de cobertura entre ellas, recurriéndose a otras fuentes como la encuesta nacional de hogares que cada 5 años realiza el INEGI o los censos de población y vivienda. La SSA informó para 1999 que 78.3% de los derechohabientes de la seguridad social corresponden al IMSS, poco más del 17.2% al ISSSTE y el resto se distribuyen en las demás instituciones (PEMEX, SEDENA, Marina y seguros estatales)<sup>37</sup>. El aseguramiento es integral, basado en un modelo de medicina familiar en el primer nivel de atención, desde donde se refiere al paciente al segundo y tercer nivel de atención cuando lo necesita. La subrogación de servicios y la reversión de cuotas se practican en muy pequeña escala, debido a que los criterios están poco reglamentados y los actores involucrados tienen posiciones diferentes. Hay racionamientos implícitos en los servicios, derivados de falta de medicamentos y el diferimiento de estudios diagnóstico, consultas especializadas e intervenciones quirúrgicas<sup>38</sup>.

El IMSS oferta desde 1998 un seguro de salud para la familia a quienes no están vinculados a la economía formal, que alcanzaba un millón y medio de personas en el año 2000, que se financia con aportación del afiliado y del gobierno federal mediante el pago por adelantado de la cuota anual. Los beneficios son casi iguales a los del régimen ordinario de esa institución, pero no aceptan a quienes tienen enfermedades preexistentes y limita ciertas intervenciones quirúrgicas y tratamientos costosos en los primeros años.

Los seguros privados brindan cobertura en el ramo de gastos médicos mayores a alrededor de 2,8 millones de personas (menos del 3% de la población) y en el año 2002 se inicia la oferta de seguros integrales por las empresas aseguradoras autorizadas, luego de modificarse la ley que prohibía este ramo para el sector privado. Este seguro está sujeto a una fuerte regulación por parte de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, dependiente de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, y por la Secretaría de Salud<sup>39</sup>.

**Provisión de servicios.**

**Servicios de salud poblacional.** La SSA es la responsable de los servicios de salud pública y las instituciones de seguridad social participan activamente en las actividades de prevención y control de enfermedades. Se celebran jornadas nacionales de salud en febrero, mayo y octubre con acciones de vacunación, suministro de antiparasitarios y suplementos de vitamina A, principalmente. Las campañas de promoción de la salud las coordina la SSA y tiene en el movimiento de municipios por la salud un eje relevante con 1 565 municipios incorporados en el año 2000. La SSA y la Secretaría de Educación Pública (SEP) desarrollan un programa de salud escolar y del adolescente que abarca cerca de 30 mil escuelas y ejecutan la iniciativa de escuelas promotoras de salud. Se realizan actividades permanentes de comunicación social para la reducción del tabaquismo, el sedentarismo y la promoción de hábitos de vida saludables y el auto cuidado de la salud<sup>40</sup>.

Existen normas oficiales mexicanas para la prevención, tratamiento y control de las principales enfermedades transmisibles (tuberculosis, VIH/SIDA, malaria, dengue, cólera, rabia, etc.) y no transmisibles (diabetes mellitus, hipertensión, cáncer cérvico-uterino y de mamá, desnutrición, etc), que precisan los criterios diagnósticos y las actividades de prevención, tratamiento y control a realizar, y su aplicación es supervisada por los distintos niveles de mando de las instituciones. La OPS/OMS ha sido evaluador externo de varios programas y los resultados han sido buenos en términos de cobertura, mejoría de los sistemas de notificación, la coordinación interinstitucional y la reducción de la morbilidad y mortalidad. Las coberturas de vacunación en niños son elevadas, alcanzando 96% en sarampión, 99% en BCG y 93.6% con esquemas completo del cuadro básico de vacunas en menores de un año de edad en el año 2000<sup>41,42</sup>.

La infraestructura de agua potable beneficia al 87.8% de la población nacional y el servicio de alcantarillado al 76,2% en el 2000. El 95% del agua de consumo suministrada era desinfectada y hay 914 sistemas municipales de depuración de aguas residuales, que procesan el 21,8% de la proveniente de las áreas urbanas, cumpliendo el 60,0% con la normatividad vigente. Se vigila la calidad del aire en 14 ciudades a través de estaciones de monitoreo de los contaminantes más críticos. La Zona Metropolitana del Valle de México y las ciudades de Guadalajara, Monterrey, Toluca, Tijuana, Mexicali y Ciudad Juárez cuentan con programas para mejorar la calidad del aire, que obligan al uso de tecnologías más limpias<sup>43,44</sup>

**Servicios de Atención Individual.** Todas las instituciones públicas mantienen un registro actualizado de su infraestructura de servicios y las áreas geográficas de referencia. La atención a las personas en los servicios públicos está estructurada por niveles de atención y no hay posibilidad de seleccionar el proveedor ni el médico de atención, aunque el IMSS realizó una prueba piloto entre 1999 y 2000 de selección del médico familiar, que no ha avanzado hacia la generalización. Se ha estimado que la seguridad social cubre al 50% de la población nacional, otro 40% es cubierto por las instituciones para población abierta, de los cuales la SSA brinda protección al 78.8% y el IMSS-Solidaridad al 21.3%, mientras el restante 10% se atiende en el sector privado, interpretándose estos márgenes para todos los niveles de atención<sup>45</sup>.

En el primer nivel se realizan acciones de promoción de salud, prevención y atención ambulatoria a la morbilidad, brindada por médicos generales o familiares y personal de enfermería, apoyados por miembros de la comunidad capacitados. Cada institución conforma su propia red de servicios denominando a las unidades de modo diferente (medicina familiar en el IMSS e ISSSTE, centro de salud urbano o rural en la SSA, etc.). Para el año 2000, el IMSS otorgó el mayor número de prestaciones, seguida por la SSA, el ISSSTE, el IMSS-Solidaridad, PEMEX y la SEDENA, excepto en consultas odontológicas, donde la SSA brindó el mayor volumen y la SEDENA sobrepasa a PEMEX.

**SERVICIOS PRESTADOS POR TIPO DE INSTITUCIÓN, 2000 (en miles)**

<b>Institución</b>	<b>Consultas generales</b>	<b>Consultas urgencias</b>	<b>Consultas odontológica</b>	<b>Exámenes laboratorio</b>
<b>Total Pobl. No Aseg.</b>	<b>72 423</b>	<b>5 654</b>	<b>5 159</b>	<b>46 681</b>
SSA	56 874	4 754	4 664	41 201
IMSS-Solidaridad	15 238	677	443	3 746
Otros	311	223	52	1 734
<b>Total Pobl. Aseg.</b>	<b>90 389</b>	<b>18 278</b>	<b>6 901</b>	<b>127 538</b>
IMSS	71 395	15 654	4 355	95 869
ISSSTE	15 652	882	1 298	21 195
PEMEX	1 651	781	271	3 119
SEDENA	1 208	173	515	1 626
MARINA	403	100	148	912
Otros	3 080	688	314	4 817
<b>TOTAL</b>	<b>165 812</b>	<b>23 932</b>	<b>12 060</b>	<b>174 219</b>

Fuente: SSA. Boletín de información Estadística: recursos y servicios, 2000.

El segundo nivel de atención se brinda esencialmente en hospitales, con servicios ambulatorios y de internamiento a cargo de médicos especialistas, y cada institución pública conforma su propia red. En el tercer nivel se realizan las atenciones especializadas de mayor complejidad, así como investigaciones clínicas y básicas, a cargo de médicos especialistas con apoyo de enfermería especializada y de otros profesionales. Reciben a los pacientes referidos de los niveles subyacentes y de los servicios de emergencia, y se brinda en hospitales de referencia nacional, regional y algunos estatales. La SSA tiene once institutos especializados (Cardiología, Pediatría, Perinatología, Nutrición, Psiquiatría, Cancerología, de Enfermedades Respiratorias, Ortopedia, Rehabilitación, Comunicación Humana y Salud Pública). La población asegurada es beneficiaria de una mayor proporción de servicios hospitalarios con respecto a la población abierta, y el IMSS es la institución pública que mayor número de las prestaciones otorga, seguida por la SSA, el ISSSTE, el IMSS-Solidaridad, PEMEX y la SEDENA.

**SERVICIOS PRESTADOS POR TIPO DE INSTITUCIÓN, 2000 (en miles)**

Institución	Consultas especialidad	Egresos Hospital	Intervenciones Quirúrg.	% ocupación hospitalaria	Promedio Días /estancia
<b>Total Pob. No Aseg.</b>	<b>9 524</b>	<b>1 877</b>	<b>1 016</b>	<b>60.9</b>	<b>3.8</b>
SSA	8 759	1 573	874	59.9	3.9
IMSS-Solidaridad	410	243	116	94.1	3.3
Otros	355	61	26	36.2	3.5
<b>Total Pob. Aseg.</b>	<b>26 632</b>	<b>2 529</b>	<b>1 789</b>	<b>74.6</b>	<b>4.5</b>
IMSS	15 992	1 929	1 404	84.8	4.7
ISSSTE	5 775	341	252	72.2	4.3
PEMEX	2 086	63	32	69.1	4.2
SEDENA	839	85	31	18.0	3.0
MARINA	434	22	10	30.6	3.7
Otros	1 506	89	60	59.9	2.6
<b>TOTAL</b>	<b>36 156</b>	<b>4 406</b>	<b>2 805</b>	<b>68.4</b>	<b>4.2</b>

Fuente: SSA. Boletín de información Estadística: recursos y servicios, 2000.

La calidad de la atención es un área de desarrollo dentro del sector público y desde 1997 se impulsan líneas de acción como son: en la SSA, establecer un diagnóstico basal en las unidades y a partir del mismo implementar programas de mejoría de la calidad, así como la constitución en hospitales y niveles subnacional de comisiones (de expediente clínico, de mortalidad, de referencia y contrarreferencia, etc.); en el IMSS, el programa de atención al enfermo crónico en el domicilio, entre otros.<sup>46</sup> En el año 2001 hay un renovado esfuerzo, más amplio, integral y participativo, para mejorar la calidad de los servicios públicos y privados con la "Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud", que incluye la definición y registro de indicadores de calidad en unidades y la conformación de una red nacional de monitoreo, la capacitación de trabajadores y directivos en áreas que inciden en la calidad de los servicios, la elaboración y divulgación de derechos de los pacientes y de códigos de ética de enfermeras y médicos, así como el otorgamiento de apoyos técnicos y financieros federales a proyectos locales que apuntan a mejorar la calidad asistencial<sup>47,48</sup>.

### 3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA REFORMA SECTORIAL

#### 3.1 Seguimiento del proceso.

**Seguimiento de la dinámica.** El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 enunció las principales transformaciones del sector para ese periodo, con seis lineamientos de trabajo que se implementaron en grado variable por la SSA y el IMSS, según se detalla más adelante en la sección de evaluación de la RSS. El nuevo gobierno federal varió el planteamiento de desarrollo del sistema de salud, presentando el Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006 un nuevo marco cuyos contenidos, según se expresa en la primera parte del documento, son el resultado de una amplia consulta ciudadana llevada a cabo entre enero y julio del 2001, recibiendo más de 22 mil propuestas y opiniones a través de buzones colocados en lugares públicos, vía Internet y en foros estatales y federales celebrados al efecto (143 y 18, respectivamente)<sup>49</sup>.

El PNS 2001-2006 define el rumbo estratégico del sistema nacional de salud y sus contenidos son coherentes con los objetivos del área de desarrollo social y humano del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. La SSA ostenta el liderazgo de la implementación y la democratización de la salud es presentada como el eje de la propuesta. Brinda una visión del sistema para el año 2025, anticipando que todo mexicano podrá contar con un seguro de salud, independiente de su capacidad de pago, que le garantizará acceso a servicios bajo un modelo integrado de atención, en un sistema que ofrecerá un trato adecuado y que contribuirá a mejorar las condiciones y calidad de vida de los ciudadanos.

Se identifican tres grandes retos en el sistema de salud mexicano actual: la equidad, la calidad y la protección financiera y para enfrentarlos, el PNS 2001-2006 plantea como objetivos los siguientes: (1) Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos; (2) Abatir las desigualdades en salud; (3) Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud; (4) Asegurar la justicia del financiamiento en materia de salud; Y (5) Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas.

Estos objetivos habrán de concretarse mediante la implantación de cinco estrategias sustantivas, directamente relacionadas con los objetivos básicos del sistema, y cinco estrategias instrumentales que influyen en estos objetivos a través del fortalecimiento del sistema de salud. Las estrategias son las siguientes: 1) Vincular la salud con el desarrollo económico y social; 2) Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres; 3) Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades; 4) Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud; 5) Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población; 6) Construir un federalismo cooperativo en materia de salud; 7) Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud; 8) Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud; 9) Ampliar la participación ciudadana y la libertad de atención en el primer nivel de atención; y 10) Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

Las estrategias en conjunto se componen de 66 líneas de acción y el PNS 2001-2006 enuncia 43 programas de acción para llevarlas a efecto, cuyos contenidos se están dando a conocer en el año 2002. La evaluación del PNS se hará utilizando dos tipos de indicadores: (a) para medir el impacto del sistema sobre las condiciones de salud, la calidad de los servicios y el grado de protección financiera con que cuentan los ciudadanos; (b) indicadores de metas intermedias, procesos y recursos para medir el desempeño de los programas y servicios. El esquema integral de evaluación cuenta con tres componentes: evaluación del desempeño, evaluación de programas y servicios, y un sistema nacional de indicadores; y las instancias que definieron los criterios de operación son el Consejo de Salubridad General y el Consejo Nacional de Salud, mientras la SSA está a cargo de la concentración de la información y el análisis de los resultados.

### ***Seguimiento de los contenidos.***

*Marco Jurídico.* Los cambios más trascendentes ligados a la RSS 1995-2000 requirieron tener asiento en la Ley General de Salud, por lo que en 1997 se incorporaron modificaciones que hicieron más efectiva la desregulación sanitaria, introdujeron una nueva clasificación de los medicamentos y permitieron desarrollar el uso de los medicamentos genéricos en el mercado privado, entre los más relevantes. Igualmente, la Ley General del IMSS se modificó en 1997 reduciendo la cuota patronal y se aumentó la aportación gubernamental a los regímenes de salud y pensiones, se creó el seguro de salud familiar voluntario y se clarificó la opción de reversión de cuotas para los colectivos atendidos por otros prestadores. Se agregan a ese marco los decretos presidenciales de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en 1996, sobre los acuerdos para la descentralización de los servicios de salud y la coordinación sectorial en 1997, de creación de las comisiones nacionales de Bioética y de Estudios del Genoma en el 2000 y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios en el 2001. Se pusieron en vigor las Reglas para la Operación de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) como entidades administradoras de medicina prepagada y en el 2002 se publicaron las Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación de varios programas nacionales como son: el Seguro Popular de Salud, de Comunidades Saludables, de Discapacitados, etc. Entre 1995 y 2002 se han publicado alrededor de 150 NOM en salud y se promulgaron varias leyes importantes, como la antitabaco, que prohíbe fumar en los lugares públicos y contiene restricciones a la venta y publicidad; de los Institutos Nacionales de Salud que les concede plena autonomía; y la ley de violencia intrafamiliar<sup>50,51,52</sup>.

*Derecho de los ciudadanos a la salud y el aseguramiento.* El derecho a la salud está refrendado en el artículo 4<sup>o</sup> de la Constitución de la República y su protección se consagra a través de los diferentes subsistemas de atención, que en los hechos establece una estratificación en el acceso a los servicios para cada grupo de población (ver pag.5 y 6). Las políticas de salud vigentes no plantean una integración de los diferentes subsistemas de atención médica, ni la homogeneización de las prestaciones y contenidos de las coberturas. Entre 1996 y 2000 la principal estrategia de reforma fue la ampliación de la cobertura a la población no asegurada mediante la prestación de un paquete básico de servicios de salud, señalando la SSA que al final de ese periodo sólo existían 0.5 millones de personas sin acceso al sistema sanitario, de 10 millones identificados al comienzo<sup>53</sup>. A partir del 2001 el acento es colocado en la integralidad de la atención y el aseguramiento, iniciando la oferta del seguro popular de salud en el año 2002, de carácter voluntario y que se financia con un subsidio federal proveniente de recursos fiscales y los aportes de los beneficiarios mediante una cuota progresiva, según los ingresos de cada familia. Incluye 78 beneficios médicos y 191 medicamentos y vacunas asociados, a ser prestados en establecimientos de primer y segundo nivel de la propia SSA, y en su primer año planea afiliar a 59 mil familias de cinco estados, proyectando su extensión futura. También se

declara la intención de crecer medio punto porcentual la afiliación a la seguridad social cada año, avanzar en la regulación del prepago privado y fomentar los seguros privados mediante la deducibilidad de impuesto<sup>54,55</sup>.

*Rectoría y separación de funciones.* El PNS 2001-2006 reafirmó el papel rector de la SSA en el sistema de salud y junto con las reglas de operación de los programas nacionales y otros documentos normativos, se establecen claras acotaciones sobre las responsabilidades federales y estatales en materia de salud y prestación de servicios sanitarios. Entre 1997 y 1999 se crearon los Organismos Públicos Descentralizados (OPD) en cada estado, que son las instancias administrativas con personalidad jurídica y patrimonio propio, encargadas de dirigir, administrar y supervisar los servicios de salud, administrar los recursos asignados y las cuotas de recuperación, y desarrollar la investigación, el estudio y el análisis de la salud en sus territorios, determinando para la SSA la separación de la función de provisión, que quedó bajo la responsabilidad de cada estado, de las funciones de regulación, financiamiento y aseguramiento que se mantienen bajo esquemas compartidos de responsabilidad entre los estados y la federación, conservando esta última la tarea normativa.

Se fortalece el papel coordinador del Consejo de Salubridad General con la creación de la Junta Ejecutiva integrada por los titulares de las instituciones públicas de salud y se refuerza la coordinación intra e intersectorial a través de los Consejos (contra las Adicciones, para la Prevención de los Accidentes y de Prevención y Control del VIH/SIDA), Comisiones (Bioética, Genoma Humano, Seguridad e Higiene del Trabajo, Formación de Recursos y de Investigación en Salud), Comités (de Salud Bucal, para la Atención al Envejecimiento y de Vigilancia Epidemiológica) y del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva<sup>56</sup>.

*Participación y control social.* El estímulo a la participación social en salud tiene su expresión más acabada en el Programa de Comunidades Saludables, impulsado en el marco del PNS 2001-2006. Este programa recoge las mejores experiencias de organización comunitaria para la salud y desde la SSA le brinda un nuevo soporte, enfatizando la orientación hacia la promoción de la salud y asignando recursos financieros para proyectos de salud ejecutados en el municipio. Mantiene la asesoría técnica de la SSA al trabajo de la red de municipios por la salud, se renueva el apoyo a los Comités Locales de Salud en las unidades de primer nivel de atención, al tiempo que se refuerza la creación de Comités Municipales de Salud integrado por miembros de la sociedad civil y del gobierno local. Se desarrollan dos modalidades de trabajo denominadas de participación municipal en la promoción de la salud y de organización comunitaria para la salud, cada una con diferentes etapas, que marcan el grado de organización y desarrollo en las iniciativas que instrumentan<sup>57</sup>.

*Financiamiento y gasto.* El cambio más notable que se espera para los próximos años, luego de las transformaciones que se están introduciendo con el PNS 2001-2006, es el aumento paulatino del gasto en aseguramiento y en contraposición, la disminución del gasto privado de bolsillo, a tenor del desarrollo que vaya alcanzando el seguro popular de salud y también de la aceptación a los seguros integrales de salud que empiezan a brindar las ISES en el mercado privado. Asimismo, el gobierno ha manifestado la voluntad de aumentar el gasto público en salud, ligado al incremento de la recaudación fiscal mediante nuevos impuestos

y la ampliación de la base impositiva en el país, los que permitiría a la autoridad sanitaria nacional corregir desviaciones y alcanzar una mayor equidad en la distribución del gasto entre estados, favorecer en el presupuesto a los grupos más desprotegidos e incrementar los montos asignados a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades<sup>58</sup>.

*Oferta de servicios.* El desarrollo del Seguro Popular de Salud establece de facto una modificación al modelo de atención que brinda la SSA, aportando claridad sobre las prestaciones a las que tienen derecho los usuarios, al tiempo que sustituye el pago de cuotas que hacen los pacientes al recibir atenciones por un pago anticipado. La dinámica de extender paulatinamente este seguro a los estados y unidades de atención del país, junto con su carácter voluntario, determinan que durante varios años coexistirán en los establecimientos de la SSA la atención a pacientes no asegurados y asegurados.

En el marco del PNS 2001-2006, el gobierno federal impulsa varios programas enfocados a enfrentar rezagos, que deben mejorar la equidad en acceso a servicios y en los beneficios del sistema de salud. Son los casos del Programa Arranque Parejo en la Vida, que realiza coordinaciones interinstitucionales e inversiones para garantizar cobertura universal y condiciones igualitarias de atención durante el embarazo, parto y puerperio, así como a las niñas y niños hasta los dos años de edad; del Programa Nacional de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas, orientado a mejorar las condiciones de salud y de acceso a servicios de estos grupos, con intervenciones diseñadas a partir de su situación epidemiológica, cultural y las condiciones de vida y trabajo en que se desenvuelven.

En el sector privado los cambios posibles se derivan de la oferta de seguros integrales de salud iniciada en 2002. No se ha establecido la repercusión que esto tenga en el número de asegurados, pero debe hacer más corporativa la práctica médica privada a través de las redes de servicios que establezcan las ISES.

*Modelo de Gestión.* No hay certeza sobre las transformaciones que ocurran en el corto plazo, pero algunas de las líneas de desarrollo anunciadas por la SSA apuntan a modificar la gestión de los servicios. El Programa de Hospital Universal plantea adoptar un esquema de autofinanciamiento y autogestión administrativa, instalación de una Junta de Gobierno o Consejo de Administración, la selección del médico por el paciente, la subrogación de servicios mediante contratos y convenios, y en general, impulsar la compra y venta de prestaciones, buscando con ello mejorar la eficiencia interna y del sistema de salud en conjunto. El Programa e-salud Telemedicina, también anunciado en el año 2002, se propone usar de manera más amplia e intensiva las tecnologías de información y las telecomunicaciones para mejorar la eficiencia y cobertura de los servicios, ofrecer servicios informativos sobre salud en línea e incrementar el intercambio de información y la capacitación a distancia<sup>59</sup>. Otra área de trabajo es la aplicación más intensiva de la automatización en la gerencia y los sistemas de información, encaminada a mejorar el control sobre la productividad y los costos, ampliar el acceso a la información y en general, mejorar la gerencia de los servicios de salud.



En las instituciones de seguridad social, particularmente en el IMSS, se espera que prosigan los esfuerzos de desconcentración de la gestión administrativa y técnica hacia las regiones, delegaciones estatales y zonas médicas, sumado a la eventual adopción de esquemas más flexibles de subrogación de servicios y de criterios empresariales para el funcionamiento de las zonas médicas y hospitales de tercer nivel.

*Los recursos humanos.* El programa de RSS 1995-2000 no contenía una propuesta concreta para la formación y el desarrollo de los recursos humanos en salud, en cambio el PNS 2001-2006 coloca como la estrategia número diez "Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud", estableciendo tres líneas de acción vinculadas a los recursos humanos: (a) Fortalecer la calidad de la educación de los profesionales de la salud, estableciendo un diagnóstico y adoptando medidas ajustadas la mismo, así como impulsando la acreditación de escuelas y facultades de medicina, enfermería y odontología; (b) Fortalecer la capacitación de los RH para la salud, realizando programas de capacitación gerencial para directivos, de capacitación técnica para médicos y demás profesionales, desarrollar la educación continua y vincular la contratación y promoción del personal a la acreditación de eventos académicos; y (c) Diseñar y promover un servicio civil de carrera en el sector salud, inexistente actualmente en el país.

*Evaluación de tecnologías.* No es un tema cuya prioridad está explícita en los programas de desarrollo e inversión sectorial, pero el interés es manifiesto en las instituciones prestadoras de servicios, asociaciones de profesionales, la Academia Nacional de Medicina y los institutos de investigación, quienes han organizado cursos de capacitación y lo incluyen en el temario de los congresos y eventos científicos. La Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS constituyó en el año 2002 la Unidad de Gestión y Evaluación Tecnológica, dándole un impulso especial al tema en su agenda de trabajo.

### **3.2 Evaluación de los Resultados de la RSS.**

La implementación de los cambios y transformaciones que encierra el PNS 2001-2006 apenas han comenzado, siendo prematuro cualquier juicio o atribución de impacto sobre el sistema de salud. Por ello, los análisis de esta sección del perfil serán con referencia esencial a los resultados vinculados o atribuibles al Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 y al conjunto de saldos medible que deja ese proceso, así como sobre los objetivos no logrados.

**Equidad.** Los mayores logros obtenidos se relacionan con el incremento de la cobertura formal con servicios de salud, mismo que se desarrolló en dos vertientes esenciales:

(1) La población asegurada pasó de 47.5 a 55.1 millones, atribuido al seguro de salud para la familia del IMSS para población no vinculada a la economía formal, pero con capacidad de pago e interés por asegurarse, y a la afiliación de grupos seleccionados de población que anteriormente no gozaban de ese derecho, como son los pescadores agrupados en cooperativas, jornaleros agrícolas y otros grupos identificados puntualmente.

(2) La población no asegurada sin acceso regular a servicios de salud se redujo de 10 millones a 0,5 millones entre 1995 y 2000, según cifras ofrecidas de la SSA, atribuido esencialmente al programa de ampliación de la cobertura, compuesto por un irreductible de 13 intervenciones que la autoridad sanitaria tipificó de bajo costo y alto impacto en la salud, que operó en el área rural de estados seleccionados<sup>60</sup>.

Otros incrementos de cobertura ocurrieron en las de mujeres que usan método de planificación familiar, que pasaron 332 por 1 000 MEF en 1995 hasta 350 en 1999; en niños menores de un año de edad con esquema completo de vacunación, que aumentó hasta 89% en 1999 de 49% en 1995; y en los nacimientos que ocurrieron en hospitales, que alcanzó el 86% en 1999 cuando era de 76% en 1995, aunque persisten diferencias entre los estados que varían entre 100% para algunos y 46% en Guerrero. También aumentaron los egresos hospitalarios y las consultas ambulatorias por mil habitantes, a un ritmo anual bastante uniforme durante la última década, por lo que no puede atribuirse a las transformaciones introducidas por la RSS 1995-2000.

No hubo reducción de las diferencias en los beneficios que recibe la población usuaria de los distintos prestadores de servicios de salud. Fue un periodo donde el gasto en salud no creció, de hecho los valores más altos de gasto anual en salud per cápita y como porcentaje del PIB en los últimos años corresponden a 1994 (264 USD y 6.6%, respectivamente), decreciendo notablemente en 1995 a raíz de la crisis económica de ese año, para luego aumentar año tras año hasta 1999<sup>61</sup>.

**Efectividad y Calidad.** La efectividad de la RSS 1995-2000 medida por el comportamiento de los indicadores tradicionales de mortalidad y morbilidad evidencia avances en unos casos y estancamientos en otros. La mortalidad infantil descendió, tanto en su valor nacional (para 1999 era 14.5 la observada y 22.8 la ajustada) como en la diferencia entre los estados extremos del país, tendencia que se manifestaba desde años atrás. En relación con la mortalidad materna, la tasa nacional se mantuvo estable durante la última década (5.4 por 10 000 n.v. en 1990 y 5.1 en 1999), y se concentra esencialmente en la región centro y sur, obteniendo el IMSS el saldo más favorable al reducir la tasa de 4.8 a 3.6 entre 1990 y 1999. La mortalidad por cáncer cérvico-uterino tuvo tendencia moderada al descenso (25.0 por 100 000 mujeres de 25 años o más en 1990 y 19.3 en 2000), pero el número de muertes por esta causa para 1999 fue 8.7% más alto que en 1990, aunque cabe esperar mejores resultados para los próximos años luego que en 1998 se actualizó la norma nacional y se incrementó la inversión y la supervisión del programa<sup>62</sup>. Los indicadores de atención prenatal no reflejan una alta efectividad, siendo el porcentaje nacional de embarazadas captadas en el primer trimestre de 33.6% y el promedio de consultas prenatales de 4.1 por embarazada para 1999. Si hubo una disminución notable de la morbilidad y mortalidad por cólera, malaria, dengue y enfermedades inmunoprevenibles en los últimos años.

La mejoría de la calidad se abordó mediante varias estrategias: la labor de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), órgano con autonomía técnica para mediar en casos de quejas de la población por irregularidades en la prestación o no recibir la atención requerida, que en 1999 atendió 1 794

quejas, brindó 1 341 asesorías y emitió 443 dictámenes periciales; el programa de estímulo al desempeño, que benefició a 56 365 enfermeras, 10 177 médicos y 1 326 odontólogos de la SSA entre 1997 y 2000; los 244 hospitales certificados y otros 706 inscritos en el programa (5,9% de los hospitales evaluados no se les otorgó la certificación); y la certificación de médicos especialistas y médicos generales por las asociaciones iniciada en el año 2000<sup>63</sup>.

Un objetivo no logrado de la RSS fue la selección del médico de familia en las instituciones de seguro social, aplicado como prueba en una zona médica del IMSS sin que avanzara hacia la generalización. La información recopilada sobre calidad técnica y percibida en la prestación de servicios sugiere que existen dificultades y problemas en el sistema de salud: el porcentaje de nacimientos por cesáreas pasó de 23.1% en 1991 a 32% en el 2000, y en los servicios privados se observan los valores más elevados con cerca del 55%; la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 2000 muestra que 76% de los mexicanos piensa que se necesitan cambios fundamentales, mientras 19% opinó que los servicios funcionan bastante bien y sólo requieren cambios pequeños, valores que evidencian una mejoría con respecto a la encuesta de 1994 (83% y 13, respectivamente) pero también que persisten insatisfacciones<sup>64</sup>.

**Eficiencia.** La SSA realizó importantes modificaciones dirigidas a mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos disponibles, al completar en 1999 la transferencia de los recursos humanos, materiales y financieros desde la federación hacia los estados, pasando el porcentaje de participación estatal en el presupuesto de salud de 59,0% en 1996 a 73,7% en 2000, al tiempo que descentralizó amplias facultades en materia de contratación de personal y control sobre los servicios de salud. Asimismo, en 1996 introdujo una fórmula de asignación basada en las necesidades de salud, que utiliza para distribuir los recursos disponibles luego de cubrir salarios y gasto regulares, por lo que promueve la equidad en el financiamiento muy lentamente<sup>65</sup>. En los últimos años han crecido en varias SESA las iniciativas que apuntan a mejorar la eficiencia, como son subrogar servicios complementarios a proveedores externos y controlar los costos.

Un objetivo declarado por la RSS 1995-2000 que no se alcanzó fue integrar los servicios de salud para población no asegurada, persistiendo la separación de los servicios de la SSA y del programa IMSS-Solidaridad en los estados donde este último opera.

**Sostenibilidad.** Las instituciones públicas de salud trabajan bajo los mismos esquemas generales hace años y su sostenibilidad general no se visualiza en quiebra, aunque operan con racionamientos implícitos. En varios estados y unidades de atención, particularmente en los hospitales de la SSA, se introdujeron mecanismos para captar fondos adicionales mediante áreas de hospitalización para pensionados, venta de servicios según tarifa fijada o por acuerdos contractuales con otros proveedores públicos y privados, cuyos resultados claros son el incremento de los fondos para gastos operativos, que incluso alcanzan a superar la asignación del presupuesto en ese rubro. En la seguridad social, las transformaciones más notables ocurrieron en el IMSS a partir de 1997 cuando las aportaciones federales se elevaron paulatinamente del 4.5% hasta alcanzar el 28.5% de los

ingresos totales esa institución, y se abrió un seguro familiar de salud para personas que estaban fuera del marco de derechohabiencia.

***Participación y control social.*** Las estrategias más relevantes fueron el impulso al trabajo de comités locales de salud, instancias creadas en la comunidad que apoyan las tareas de prevención y control de enfermedades, contabilizándose para el año 2000 su existencia en alrededor de 18 000 centros de salud del país; así como el desarrollo del movimiento de municipios por la salud con más de 1 500 municipios incorporados, los cuales generan iniciativas de mejoría y desarrollo sanitario organizadas por la autoridad local<sup>66</sup>.

\* La segunda edición de este perfil fue preparada en trabajo de equipo por más de 12 profesionales y funcionarios de la Secretaría de Salud de México y la Representación de la OPS/OMS en México. La coordinación del proceso estuvo a cargo de la Representación de la OPS/OMS en México. La revisión externa fue realizada por especialistas en salud pública de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el Instituto Mexicano de Seguridad Social. La responsabilidad por la revisión final, la edición y la traducción corresponden al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

## **BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS**

<sup>1</sup> Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. México D.F. 2001.

<sup>2</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Representación en México. Capítulo México de "Salud en Las Américas 2002" (Versión preliminar).

<sup>3</sup> Organización de Naciones Unidas. Informe de la coyuntura económica. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. México D.F. 2001

<sup>4</sup> Organización de Naciones Unidas. Op.cit.

<sup>5</sup> Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI). XII Censo General de Población y Vivienda 2000: Resultados Definitivos. México DF, 2001.

<sup>6</sup> CONAPO. Indicadores Básicos. México DF, 2001. <http://www.conapo.gob.mx>

<sup>7</sup> Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI). op. cit.

<sup>8</sup> Secretaría de Salud (SSA). Programa Nacional de Salud 2001-2006. Primera Edición. México D.F. 2001

<sup>9</sup> Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIED). Secretaría de Salud (SSA)., Mortalidad 2000. México, 2002.

<sup>10</sup> Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (DGIED). op. cit.

<sup>11</sup> Secretaría de Salud (SSA). Op.cit.

<sup>12</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Representación en México. op. cit.

<sup>13</sup> Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Encuesta Nacional de Adicciones (ENA-98) Resultados Preliminares. Secretaría de Salud. México, D.F. 1998.

<sup>14</sup> Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre el desarrollo humano 2001. New York, 2001.

<sup>15</sup> Organización de Naciones Unidas. Op.cit.

<sup>16</sup> Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI). op. cit.

<sup>17</sup> Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática (INEGI). op. cit.

<sup>18</sup> Dirección General de Estadística e Informática, SSA. Aportación para la integración del anexo estadístico del I informe de gobierno. Mimeo. México DF, 2000

<sup>19</sup> Dirección General de Estadística e Informática, SSA. op. cit

<sup>20</sup> Aspectos Relevantes de la infraestructura de las unidades médicas del Sector Privado. Sal Pub Méx 43(2);2001.

<sup>21</sup> Aspectos Relev.... op. cit

<sup>22</sup> Secretaría de Salud (SSA). op. cit.

<sup>23</sup> Secretaría de Salud (SSA). op. cit.

<sup>24</sup> Secretaría de Salud (SSA). op. cit.

<sup>25</sup> Secretaría de Salud (SSA). op. cit.

<sup>26</sup> Consejo Nacional de Salud SSA. Informe a la XXII Reunión Ordinaria, México, D.F., Octubre de 2000.

<sup>27</sup> Dra. Ofelia Espejo, Directora Técnica de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA). Abril de 2002

<sup>28</sup> Consejo Nacional de Salud SSA. op. cit.

<sup>29</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Representación en México. op. cit.

<sup>30</sup> Consejo Nacional de Salud SSA. op. cit.

<sup>31</sup> Secretaría de Salud (SSA). op. cit.

<sup>32</sup> Secretaría de Salud (SSA). op. cit.

<sup>33</sup> Secretaría de Salud (SSA). op. cit.

<sup>34</sup> Secretaría de Salud (SSA). op. cit.

- <sup>35</sup> Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño SSA. Sistema nacional de Cuentas Nacionales en Salud. México, 2002.
- <sup>36</sup> Secretaría de Salud (SSA). op. cit.
- <sup>37</sup> Consejo Nacional de Salud SSA. op. cit.
- <sup>38</sup> Dávila E y Gujaro M. Evolución y Reforma del Sistema de Salud en México. Serie Financiamiento para el desarrollo No. 91. Cepal. Santiago de Chile. Enero de 2000.
- <sup>39</sup> Secretaría de Salud (SSA). op. cit.
- <sup>40</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Representación en México. op. cit.
- <sup>41</sup> Indicadores Básicos 1995 Situación de Salud en México, Secretaría de Salud y Organización Panamericana de la Salud. Junio de 1997.
- <sup>42</sup> Indicadores Básicos 1999 Situación de salud en México, Secretaría de Salud y Organización Panamericana de la Salud. Mayo de 2001.
- <sup>43</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Representación en México. op. cit.
- <sup>44</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Evaluación de los servicios de agua potable y saneamiento en Las Américas 2000. Washington, D.C.
- <sup>45</sup> Secretaría de Salud (SSA). op. cit.
- <sup>46</sup> Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS). Memoria Institucional 1994 - 2000. Editorial Proyección de México S.A. de C.V. México D.F. Noviembre de 2000.
- <sup>47</sup> Secretaría de Salud (SSA). op. cit.
- <sup>48</sup> Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud SA. Tríptico informativo. México, 2001.
- <sup>49</sup> Secretaría de Salud (SSA). op. cit.
- <sup>50</sup> Secretaría de Salud (SSA). op. cit.
- <sup>51</sup> Consejo Nacional de Salud SSA. op. cit.
- <sup>52</sup> Gobierno de México Diario Oficial de la Federación (DOF). 15 de marzo de 2002.
- <sup>53</sup> González Fernández JA. Política social y de salud en México. Presentación en la sede de la OPS, Washington D.C. Septiembre de 2000.
- <sup>54</sup> Secretaría de Salud (SSA). op. cit.
- <sup>55</sup> Gobierno de México Diario Oficial de la Federación (DOF). op. cit.
- <sup>56</sup> Secretaría de Salud (SSA). op. cit.
- <sup>57</sup> Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud SSA. Programa de Acción: Comunidades Saludables. Primera edición. México. 2002.
- <sup>58</sup> Secretaría de Salud (SSA). op. cit.
- <sup>59</sup> Subsecretaría de Innovación y Calidad SSA. Programa de Acción: e-salud Telemedicina. Primera edición. México. 2002.
- <sup>60</sup> González Fernández JA. Política social y de salud en México. op. cit.
- <sup>61</sup> Secretaría de Salud. Gasto público en salud 1999-2000 Síntesis ejecutiva. México, 2002.
- <sup>62</sup> Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud SSA. Programa de Acción: Cáncer Cérvico Uterino. Primera edición. México. 2002.
- <sup>63</sup> Consejo Nacional de Salud SSA. op. cit.
- <sup>64</sup> Secretaría de Salud (SSA). Programa nacional.... op. cit.
- <sup>65</sup> Secretaría de Salud (SSA). Programa nacional.... op. cit.
- <sup>66</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud Representación en México. op. cit.