

## Capítulo 1

### Las necesidades de atención de la salud y la organización del sistema de salud en México

*México ha logrado importantes avances en materia de salud en años recientes. Sin embargo, este progreso ha sido más lento que los sistemas de salud de la OCDE. Preocupa, en particular, la brecha en la esperanza de vida entre México y los demás países de la OCDE, la cual ha aumentado de casi cuatro a seis años.*

*La ampliación de la cobertura de salud vía el Seguro Popular a millones de mexicanos que antes no contaban con un esquema de aseguramiento público ha sido una reforma importante. Sin embargo, el acceso a los servicios públicos sigue dependiendo del subsistema de salud al que cada individuo esté afiliado. Cada uno combina las funciones de recaudación de ingresos, compra y prestación de servicios, lo que dificulta la eficiencia y la productividad. El acceso es desigual, la calidad incierta y la sustentabilidad financiera está en riesgo.*

*Los retos planteados en este capítulo apuntan hacia una ineludible transformación del sistema de salud para satisfacer las actuales necesidades de salud de manera efectiva, justa y sostenible.*

Los datos estadísticos para Israel son suministrados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes competentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatuto de los Altos del Golán, Jerusalén Este y los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.

En comparación con muchos otros países de la OCDE, México demostró buena resiliencia durante la crisis financiera mundial; asimismo, en la última década, alcanzó un avance lento pero constante en la mejora de la condición de salud de la población y la reducción de la pobreza. Sin embargo, México aún presenta un alto nivel de pobreza y de desigualdad de ingresos en comparación con otros países de la OCDE, donde los estados del sur, las poblaciones rurales, las mujeres y los niños consistentemente presentan los resultados más pobres. Aunque el trabajo informal ha bajado gradualmente desde la segunda mitad de 2012, el sector informal sigue siendo grande y representa casi 58% del empleo total (INEGI, 2015). Esto frena la productividad, el crecimiento económico y la cohesión social. En términos de salud, México empieza a enfrentar el reto de un creciente envejecimiento de su población. Es necesario atender condiciones críticas, como la obesidad, la diabetes y las enfermedades cerebrovasculares, las cuales ejercen presión al sistema de salud mexicano.

La cobertura de salud para la población en México aumentó en gran medida en la última década, dándole oportunidad a más millones de mexicanos de tener acceso a la atención de la salud. Si bien muchos de los esfuerzos por ampliar la cobertura de la atención de la salud se han planeado cuidadosamente, es un hecho que en la actualidad la organización de los servicios de salud en México es resultado del legado histórico y no de un diseño estratégico. Esto significa que, hoy por hoy, en el sistema de salud mexicano se aprecian diversas ineficiencias y fragmentación, ya que los recursos están divididos en varios subsistemas independientes. Pese a que la información y los gastos en salud pública han aumentado —lo cual es digno de encomio—, el acceso a los servicios está aún lejos de ser equitativo. Según un estudio del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, no sólo cerca de 21.5% de los mexicanos sigue sin cobertura en salud (CONEVAL, 2012), sino que los niveles de servicios difieren mucho entre los subsistemas, y acceder a la atención a menudo requiere un gasto de bolsillo importante.

En este capítulo se presenta, en primer lugar, el contexto socioeconómico de México, incluida la informalidad como una característica arraigada en la sociedad mexicana, que complica el financiamiento y la prestación de atención de la salud. En la sección 1.2 se consideran las características demográficas y epidemiológicas del país, destacando el cambio en las necesidades de salud de la población. En la sección 1.3 se describe el sistema de salud mexicano, se analiza cómo se financia y se considera la forma en que se distribuyen los recursos. Por último, en la sección 1.4 se presentan los indicadores disponibles de calidad y resultados de la atención a la salud, a la vez que se señala cómo la limitada disponibilidad de información no permite tener una película completa del desempeño del sistema de salud.

## 1.1. El contexto socioeconómico actual en México

A pesar de los avances en reducir la pobreza, la proporción de la población mexicana que se encuentra en situación de extrema pobreza se mantiene elevada (alrededor de 9.8% en 2012 según el CONEVAL). La desigualdad de ingresos sigue siendo de las más elevadas del mundo. El país también presenta grandes diferencias regionales en el bienestar y el crecimiento, ya que los estados del sur por lo general están en peor situación que los del norte. Dado que el contexto social y económico ejerce

gran influencia sobre los resultados de salud, las disparidades en México reflejan la condición de la salud. En la sociedad mexicana son aún característicos los altos índices de trabajo informal, los cuales tienen implicaciones importantes para la productividad, el crecimiento económico y la cohesión social, toda vez que afectan directamente el derecho de la población a contar con un seguro de salud y acceso a estos servicios.

### **México resistió bien la crisis financiera mundial de 2008, pero la pobreza y la desigualdad representan todavía problemas importantes**

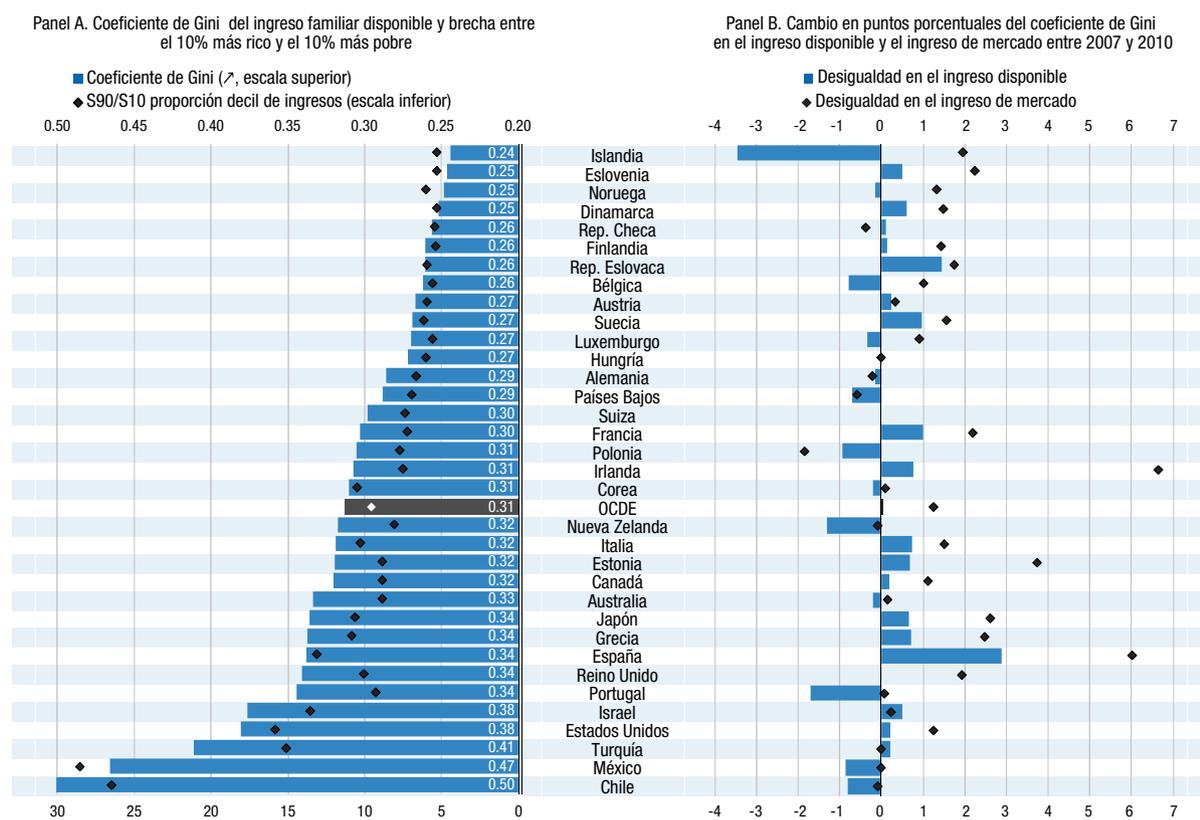
El crecimiento del PIB per cápita en México fue mayor en el periodo 2006-2011 que en los cinco años anteriores (OECD, 2014a). Durante este último periodo, la competitividad y la productividad mejoraron y se desarrollaron la innovación y la infraestructura (World Bank, 2013). Se calcula que la tasa de crecimiento del PIB real llegará a 2.9% en 2015, cifra muy por encima de la tasa de crecimiento real del PIB de 1.9% proyectada en promedio en los países de la OCDE (OECD, 2014b).

A pesar de la buena resiliencia ante la crisis económica y la estabilidad del entorno macroeconómico, la actividad económica de México se ha desacelerado recientemente y la productividad laboral sigue siendo muy baja. El crecimiento económico se redujo a 1.3% en 2013 y el crecimiento multifactorial de la productividad se ha mantenido casi constante, con un crecimiento nimio de 0.5% en la década anterior a 2014, en comparación con el promedio de la OCDE de más de 7% (OECD, 2015). Esto explica en gran medida la brecha de ingresos entre México y otros países de la OCDE. Entre los años 2000 y 2011, el aumento del ingreso anual promedio de 1.2% en México demostró ser insuficiente para reducir de forma significativa la diferencia de ingresos entre los principales países de la OCDE. Sin embargo, esto no ha sucedido en otros mercados emergentes, como Brasil, Chile, Sudáfrica y Turquía, que crecieron lo suficiente en productividad para aumentar su nivel de ingresos.

Ha habido avances para reducir la pobreza extrema en México. Los programas públicos como PROSPERA (antes Oportunidades) han contribuido a la disminución de 1.5 puntos porcentuales del total de la población por debajo de la línea de pobreza extrema, pero la tasa sigue siendo muy alta: 9.8% (CONEVAL). México sigue mostrando un alto nivel de pobreza en comparación con los países de la OCDE, al presentar la segunda tasa más alta después de Israel, 20.4 en 2010 (OECD, 2014c). Esto quiere decir que uno de cada cinco mexicanos es pobre, en comparación con la media de los países de la OCDE, de sólo una de cada 10 personas.

El nivel absoluto de desigualdad es aún muy alto en México, comparado con otros países de la OCDE. A pesar de que el país es uno de los pocos países de la OCDE en los que la desigualdad del ingreso ha disminuido con el tiempo (véase la Gráfica 1.1), México es el segundo país más desigual de los países de la OCDE, sólo por debajo de Chile. En 2010, el ingreso promedio anual del 10% más rico de los mexicanos fue 27 veces mayor que el del 10% más pobre, mientras que esta proporción es en promedio nueve veces más en los países de la OCDE (OECD, 2011).

La pobreza aumentó como resultado de la crisis económica, lo que afectó en especial a los niños, las mujeres y los adultos mayores. La proporción de mexicanos a quienes les era difícil o muy difícil vivir de sus ingresos aumentó en 16 puntos porcentuales entre 2007 y 2010 (OECD, 2013a).

Gráfica 1.1. **Desigualdad de ingresos en los países de la OCDE**

Fuente: OECD (2014c), *Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators*, OECD Publishing, [http://dx.doi.org/10.1787/soc\\_glance-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-en).

### **Existen notorias diferencias regionales en la prosperidad y el crecimiento, más acentuadas en los estados del sur**

La distribución del ingreso es muy desigual entre las regiones de México. En el año 2012, Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Tlaxcala eran las regiones más pobres, con un PIB per cápita inferior a 10 000 dólares estadounidenses a paridad de poder adquisitivo (PPA); por su parte, Nuevo León, Tabasco, el Distrito Federal y Campeche fueron las regiones más ricas con un PIB per cápita por encima de los 28 000 dólares estadounidenses PPA (véase el Cuadro 1.1). En la misma línea, el crecimiento regional en dólares estadounidenses PPA en la última década (2003-2012) varió entre el 8.5% anual en Tabasco y el 3.9% en Morelos (OECD Regional Database, 2015).

Más allá de las disparidades regionales en el crecimiento, en todas las regiones hay diferencias notorias en las oportunidades de empleo. Las regiones con mayor PIB per cápita presentan las mayores tasas de desempleo, en tanto que las regiones más pobres reportan las tasas de desempleo más bajas. Por ejemplo, en el Distrito Federal y Tabasco, la tasa de desempleo fue cerca de 6.9% en 2013, en comparación con el 2.3% en Guerrero y el 2.6% en Oaxaca (véase el Cuadro 1.1). Vale la pena señalar que los fuertes vínculos de México con el mercado estadounidense y la caída de las remesas después de la crisis de 2009, afectaron sobre todo a las regiones rurales, con el consiguiente aumento del trabajo infantil y la disminución de la asistencia escolar (OECD, 2014d), aunque desde entonces el crecimiento de las remesas se ha reanudado.

En los estados más desfavorecidos (Guerrero, Chiapas y Oaxaca), más de 15% de la población de 15 años era analfabeta, y más de 30% de este grupo poblacional no había concluido la educación primaria (estimaciones del Consejo Nacional de Población, CONAPO, con datos del Censo de Población y Vivienda, 2010). A nivel nacional, la tasa de analfabetismo era de 6.9% y más de 80% de la población de 15 años había concluido la educación primaria. Sin embargo, el índice de analfabetismo fue mucho menor en los estados más ricos (menos de 3% en Baja California, Nuevo León y el Distrito Federal). En el Distrito Federal sólo 8.7% de los jóvenes de 15 años no habían completado la educación primaria. En cuanto a la asistencia escolar, en la Gráfica 1.2 (que muestra la variabilidad de resultados educativos entre las regiones) se aprecia un claro gradiente norte-sur. En 2010, las regiones del sur, que suelen ser las zonas más rurales, muestran las tasas más altas de población mayor de 15 años que no han terminado la educación secundaria, en comparación con las regiones del norte. Más de 30% de la población mayor de 15 años no había concluido la educación primaria en Guerrero, Chiapas y Oaxaca, cifra muy por encima del promedio de casi 10% en Nuevo León y el Distrito Federal (véase el Cuadro 1.2).

También hay grandes contrastes entre las regiones del norte y del sur en términos de nivel de vida y el acceso a los servicios públicos básicos. El índice de marginación, que el gobierno mexicano utiliza como indicador del grado de privación social, económica y falta de acceso a los servicios, es muy alto en las regiones de Guerrero, Chiapas y Oaxaca (véase el Cuadro 1.2). Por ejemplo, más de una cuarta parte de los hogares en Guerrero, Chiapas y Oaxaca no tienen acceso a agua corriente (la media nacional es 8.6%), y entre 15% y 19% de los hogares no tienen piso recubierto (la media nacional es 6.6%). Como se destaca más adelante, el nivel más bajo de infraestructura en los estados del sur se traduce en menores niveles de salud en muchos indicadores.

Gráfica 1.2. **Disparidades regionales en nivel educativo**

Porcentaje de la población mayor de 15 años que no había concluido la educación secundaria en 2010



Fuente: Estimaciones de CONAPO con datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

Cuadro 1.1. PIB per cápita (dólares estadounidenses, PPA, 2012) y tasa de desempleo (2013), México

	PIB per cápita (dólares estadounidenses, PPA, 2012)	Tasa de desempleo (porcentaje, 2013)
República Mexicana	16 491	5.01
Chiapas	6 931	3.12
Guerrero	7 898	2.32
Oaxaca	8 057	2.64
Tlaxcala	8 800	5.83
Michoacán	10 023	4.27
Puebla	10 441	4.06
Nayarit	10 726	5.27
México	11 013	5.89
Hidalgo	11 610	4.59
Morelos	12 203	3.86
Veracruz	13 238	3.61
Guanajuato	13 299	5.87
Sinaloa	13 769	5.05
Durango	13 897	5.09
Yucatán	13 936	3.17
San Luis Potosí	14 114	3.78
Chihuahua	14 728	5.85
Zacatecas	15 163	4.84
Jalisco	15 775	4.51
Colima	15 994	4.92
Baja California Norte	16 329	5.34
Tamaulipas	16 799	6.33
Aguascalientes	16 883	4.73
Quintana Roo	20 084	4.81
Sonora	20 136	5.51
Querétaro	20 253	5.69
Baja California Sur	20 517	5.62
Coahuila	22 917	5.85
Nuevo León	28 372	5.69
Tabasco	29 125	6.93
Distrito Federal (D.F.)	35 525	6.93
Campeche <sup>1</sup>	112 317	2.64

1. Incluye ingresos de actividades relacionadas con el petróleo.

Fuente: 2014 OECD Regional Statistics (base de datos), <http://dx.doi.org/10.1787/region-data-en>.

Cuadro 1.2. **Indicadores demográficos y sociales básicos, México, 2010**

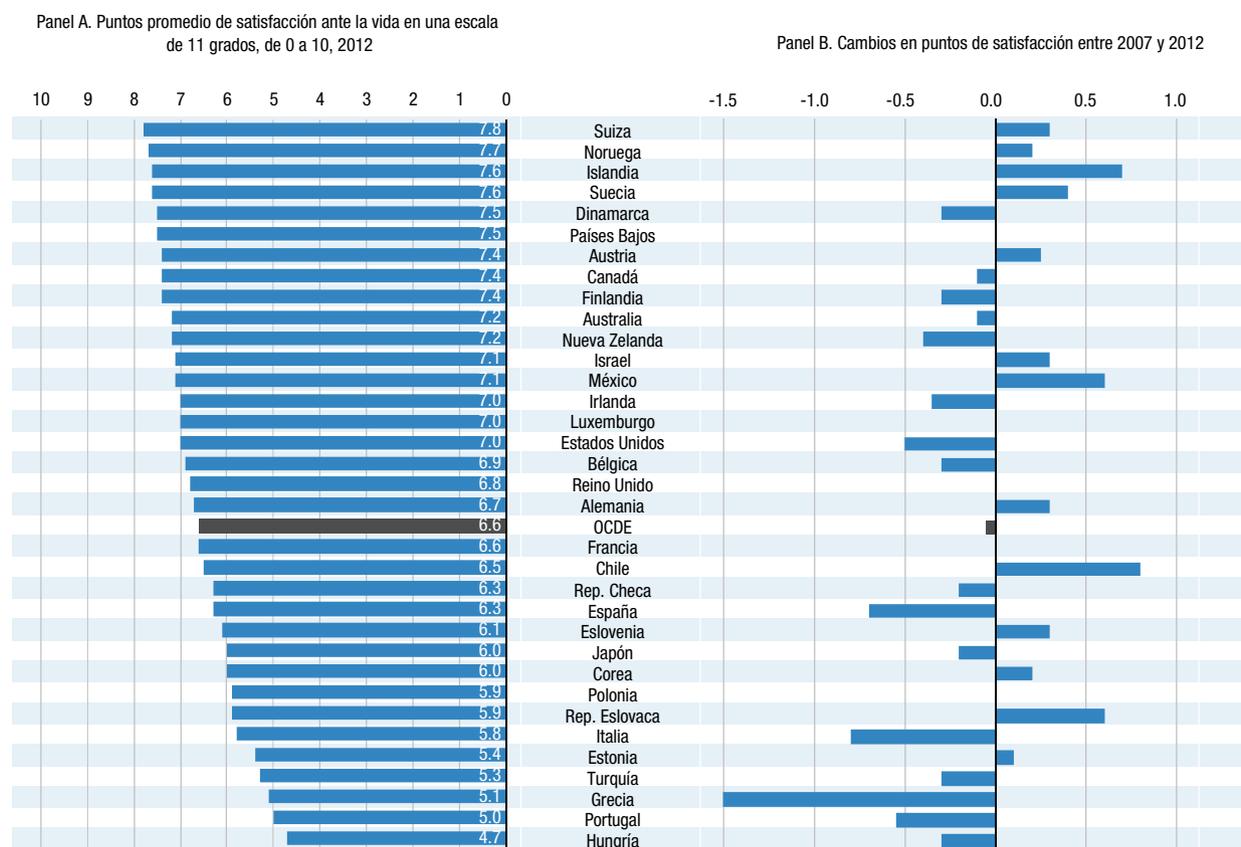
	Población	Porcentaje de la población mayor de 15 años que no ha concluido la educación primaria	Nivel de marginación	Porcentaje de ocupantes de viviendas que no cuentan con drenaje o baño	Porcentaje de ocupantes de viviendas sin agua corriente (sin tuberías)	Porcentaje de ocupación de casas sin piso recubierto
<b>República Mexicana</b>	<b>112 336 538</b>	<b>19.9</b>		<b>3.57</b>	<b>8.6</b>	<b>6.58</b>
Guerrero	3 388 768	31.6	Muy alto	19.58	29.8	19.61
Chiapas	4 796 580	37.1	Muy alto	5.06	22.4	15.66
Oaxaca	3 801 962	33.9	Muy alto	4.01	23.7	19.33
Veracruz de Ignacio de la Llave	7 643 194	28.9	Alto	2.58	19.5	12.4
Puebla	5 779 829	25.1	Alto	3.09	12.4	9.86
Hidalgo	2 665 018	22.7	Alto	6.03	9.1	7.22
San Luis Potosí	2 585 518	23.2	Alto	3.99	14.2	9.1
Michoacán de Ocampo	4 351 037	29.2	Alto	3.81	8.1	10.98
Tabasco	2 238 603	21.3	Alto	2.97	18.5	6.58
Campeche	822 441	22.5	Alto	6.42	9.7	4.5
Yucatán	1 955 577	25.4	Alto	12.62	2.2	2.85
Nayarit	1 084 979	21.5	Medio	5.4	7.5	4.38
Zacatecas	1 490 668	24.7	Medio	6.69	5.4	3.29
Guanajuato	5 486 372	24.0	Medio	6.39	5.4	4.25
Durango	1 632 934	18.8	Medio	5.85	5.7	7.01
Tlaxcala	1 169 936	15.5	Medio	2.69	1.5	3.73
Sinaloa	2 767 761	19.7	Medio	3.41	4.7	6.38
Querétaro	1 827 937	16.8	Medio	6.32	4.9	3.83
Morelos	1 777 227	17.9	Medio	1.98	8.3	7.8
Quintana Roo	1 325 578	15.6	Medio	3.06	6.2	3.95
Chihuahua	3 406 465	16.1	Bajo	2.64	5.0	3.55
México	15 175 862	14.3	Bajo	3.18	5.7	3.94
Baja California Sur	637 026	14.3	Bajo	0.94	7.1	5.81
Sonora	2 662 480	14.4	Bajo	1.68	3.1	5.41
Tamaulipas	3 268 554	16.0	Bajo	0.63	2.9	3.35
Colima	650 555	18.5	Bajo	0.69	1.2	4.69
Jalisco	7 350 682	18.0	Bajo	1.5	3.9	3.19
Aguascalientes	1 184 996	14.8	Bajo	1.06	1.0	1.76
Coahuila de Zaragoza	2 748 391	12.2	Muy bajo	1.09	1.4	1.42
Baja California	3 155 070	13.0	Muy bajo	0.43	3.6	3.4
Nuevo León	4 653 458	10.9	Muy bajo	0.39	2.2	1.97
Distrito Federal	8 851 080	8.7	Muy bajo	0.08	1.8	1.08

Fuente: Estimaciones de CONAPO con datos del Censo de Población y Vivienda 2010.

### La satisfacción ante la vida sigue siendo alta pese a la decreciente confianza en las instituciones públicas desde la crisis financiera global

A pesar de los altos niveles de desigualdad y pobreza, los mexicanos en general parecen estar satisfechos con su vida. Casi 82% de la población dijo tener más experiencias y sentimientos positivos como placer, sensación de descanso u orgullo por sus logros, que sentimientos negativos como dolor, preocupación, tristeza o aburrimiento. Esta cifra es 8% superior al promedio de los países de la OCDE de 76% (OECD, 2014c). Cabe señalar que entre 2007 y 2012 el nivel de satisfacción aumentó en 0.6 puntos en México, mientras que el promedio de puntos de satisfacción ante la vida disminuyó en promedio en casi todos los países de la OCDE un punto desde 2007 (véase la Gráfica 1.3). Sólo en Chile y en Islandia se produjo una satisfacción mayor que en México en el mismo periodo (OECD, 2014c).

Gráfica 1.3. Satisfacción ante la vida en los países de la OCDE, 2007 y 2012



Fuente: OECD (2014c), *Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators*, OECD Publishing, París, [http://dx.doi.org/10.1787/soc\\_glance-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-en)

Si bien en comparación con otros países de la OCDE México tuvo un buen desempeño en la dimensión de bienestar subjetivo, el país muestra resultados bajos en las dimensiones de compromiso y sentido de comunidad. Casi 74% de las personas creen conocer a alguien en quien podrían confiar en tiempo de necesidad, cifra menor que el promedio de la OCDE de 89% (OECD, 2014c). De igual forma, la confianza de los ciudadanos en el gobierno o su participación en el proceso político, medida por su

participación electoral, fue de 63% en las elecciones recientes, cifra mucho menor que el promedio de la OCDE de 72%. En general, la confianza en el gobierno nacional, así como en las instituciones financieras, bajó entre 2007 y 2012. El porcentaje de mexicanos que dice confiar en el gobierno bajó de 42% a 37% entre 2007 y 2012 (OECD, 2014c).

### **Los altos índices de trabajo informal son una característica arraigada en la sociedad mexicana**

La proporción de la población en edad productiva que trabaja en el sector informal aumentó de forma constante como resultado de la crisis financiera mundial de 2008 y llegó a un pico con más de 60% a mediados de 2012. Desde entonces, el empleo informal ha disminuido lentamente hasta alcanzar una tasa de 57.5% en el primer trimestre de 2015 (INEGI). Si bien muchos de los empleos creados en los años posteriores a la crisis financiera global correspondieron al sector informal, los datos más recientes confirman que las tasas actuales de informalidad de México son las menores registradas desde 2006. Sin embargo, el hecho de que el empleo en el sector informal aumentó cerca de dos terceras partes en los estados de México, en años recientes, es preocupante, con una variación de 45% a 80% (OECD, en preparación). Las diferencias entre los estados en términos de empleo informal explican las diferencias en los resultados del crecimiento económico. Sin duda, la informalidad parece incidir negativamente en la productividad y el efecto negativo es mucho más alto en los sectores más productivos.

Casi 21% de los jóvenes mexicanos ni trabajan ni estudian ni están en formación (nini), en comparación con el promedio de 12.6% en los países de la OCDE (OECD, 2014b). La situación es aún más preocupante en el caso de las mujeres jóvenes, pues casi 40% de ellas son nini (la segunda tasa más alta en los países de la OCDE después de Turquía). En general, casi 47% de las mujeres mexicanas trabajan o buscan empleo, y su tasa de empleo es 34% menor que el promedio de los países de la OCDE (OECD, 2014b). En este contexto, el sector informal parecería ser una opción preferida tanto para las mujeres como para los jóvenes en México.

Muchos otros factores explican la gran economía informal de México, entre ellos el ingreso per cápita, la calidad de las competencias, los impuestos, los costos de mano de obra, las restricciones a la inversión extranjera, las restricciones de acceso al crédito y la prevalencia de la corrupción (Dougherty y Escobar, 2013). Ahora bien, la reforma fiscal reciente, emprendida en enero de 2014, incluye diversos incentivos para promover la formalización de la fuerza laboral. Más allá de los incentivos fiscales, las inspecciones laborales de las empresas se están fortaleciendo para reducir la informalidad. Por ejemplo, en 2013 se llevaron a cabo más de 43 mil inspecciones en los lugares de trabajo para comprobar el cumplimiento de la obligatoriedad de la seguridad social (OECD, en preparación). En conjunto, estas reformas a las políticas alientan estrategias para combatir la informalidad en México.

### **Quizá como consecuencia de la informalidad, el gasto público social es bajo en México**

Hay una relación bilateral entre la protección social y la informalidad (Andrews et al., 2011; OECD, 2014b). Primero, la evidencia sugiere que el gasto público social se reduce por la informalidad, ya que los trabajadores del sector informal no contribuyen

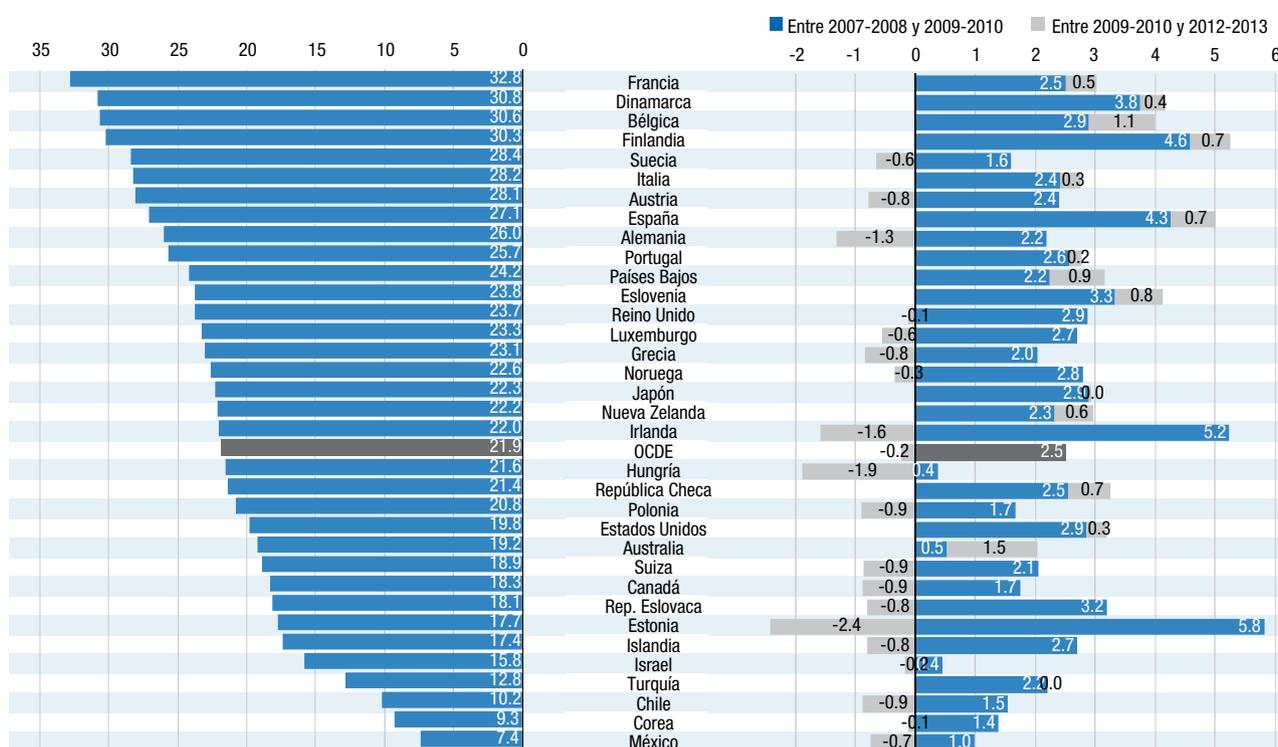
a la protección social ni al aseguramiento. Segundo, la calidad de la protección social es una de las fuerzas que impulsan la informalidad. La falta de protección social, como la ayuda por desempleo, podría crear incentivos para buscar trabajo en la economía informal, con el fin de evitar entrar en situación de pobreza. Es fundamental destacar que el empleo informal puede mantener o profundizar la pobreza y la exclusión social (World Bank, 2012). La falta de protección laboral y de cobertura por parte del sistema de seguridad social podría generar un círculo vicioso y dificultar tanto la salud como el bienestar.

La relación negativa entre el gasto público social y la informalidad parece ser una realidad en México. El gasto público en protección social en México es el más bajo de la zona de la OCDE y representa 7.4% del PIB, cerca de un tercio del promedio de la OCDE de 21.9% (véase la Gráfica 1.4). Sin embargo, se han hecho algunos avances, como lo demuestra el aumento del gasto público social como porcentaje del PIB. En general, el gasto público social real en México se incrementó en casi 11% entre 2007-2008 y 2012 (OECD, 2014c). El sector informal puede ser la opción preferida para los desempleados dado que México es uno de los pocos países de la OCDE sin beneficios por desempleo (OECD, 2014b). Otras explicaciones de la migración de los trabajadores al sector informal incluyen, pero no se limitan a la falta de conocimientos y de oportunidades. En cualquier caso, la migración de los trabajadores del sector formal al informal es una fuente clave de preocupación. Puede reducir la productividad agregada y los ingresos

Gráfica 1.4. El gasto social y su evolución durante la crisis

Panel A. Gasto público social como porcentaje del PIB, 2012-2013

Panel B. Cambio en puntos porcentuales



Fuente: OECD (2014c), *Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators*, OECD Publishing, París, [http://dx.doi.org/10.1787/soc\\_glance-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-en)

fiscales, así como poner en peligro la sostenibilidad de los servicios públicos de salud y del sistema de seguridad social (OECD, en preparación).

En conjunto, la evidencia sugiere que un gran número de trabajadores se cambian con frecuencia entre los sectores formal e informal (en ambos sentidos) como resultado de restricciones individuales y oportunidades financieras (OECD, 2011b).

## 1.2. Perfil demográfico y necesidades de atención de la salud de México

México atraviesa por una transición demográfica profunda. Como resultado de la disminución de las tasas de fertilidad y de mortalidad, la población mexicana envejece rápidamente y el número de personas en edad productiva por cada adulto mayor de 65 años bajará drásticamente en los años venideros. Las poblaciones indígenas son importantes y sufren discriminación, falta de acceso a los servicios y pobreza generalizada. México ha experimentado un aumento lento pero constante, de la esperanza de vida en los últimos diez años. Sin embargo, el país aún está rezagado en comparación con otros países, con la esperanza de vida más baja de la OCDE. En México, la salud también está distribuida de manera desigual, ya que los habitantes de los estados del sur obtienen resultados mucho más pobres.

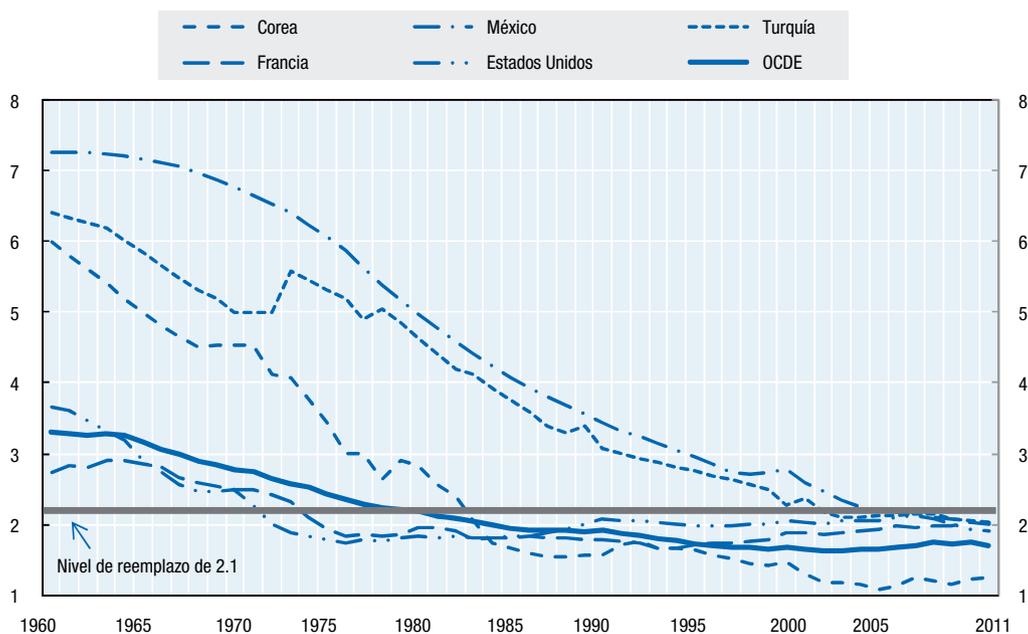
### **México tiene una población relativamente joven, pero enfrenta un rápido envejecimiento**

La población mexicana es joven en comparación con otros países de la OCDE. En 2010, sólo 6% de la población tenía más de 65 años, en comparación con el promedio de los países de la OCDE de 16%. México, al igual que otros países de la Organización, atraviesa una transición demográfica caracterizada por un cambio de altos niveles de mortalidad y de fertilidad a niveles más bajos. La migración también tiene que ver con esta transición demográfica.

La tasa de fertilidad bajó de más de siete hijos por mujer en 1960 a 2.03 hijos por mujer en 2011 (véase la Gráfica 1.5). Aun así, la tasa de fertilidad de México fue la cuarta más alta entre los países de la OCDE en 2011 (después de Israel, Nueva Zelanda e Irlanda), y mucho más alta que el promedio de 1.70. El descenso en la tasa de fertilidad estuvo acompañado por una rápida y sostenida disminución de la mortalidad. Como resultado de la expansión de los servicios educativos, la infraestructura de saneamiento y el desarrollo de los servicios de salud, la esperanza de vida al nacer aumentó de 60.9 años en 1970 a 74.6 años en 2012.

La combinación de la disminución de las tasas de mortalidad y fertilidad provoca el rápido envejecimiento de la población. Se espera que el porcentaje de la población con más de 65 años se triplicará en las próximas cuatro décadas, para alcanzar 21% en el año 2050 (OECD, 2013b). Sin embargo, por el momento, el índice de dependencia es uno de los más bajos entre los países de la OCDE. Por ejemplo, en 2011 en México había 8.8 personas en edad productiva por cada persona de 65 años o más, más del doble del promedio de la OCDE de 4.2 trabajadores. Sin embargo, a partir de ahora y hasta 2050, el número de personas en edad productiva por cada adulto mayor de 65 años disminuirá más drásticamente en México que en cualquier otro país de la OCDE (OECD, 2014c).

Gráfica 1.5. **Disminución de la fertilidad en los últimos 50 años**  
(tasa global de fertilidad de 1960 a 2011)



Fuente: OECD (2014c), *Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators*, OECD Publishing, París, [http://dx.doi.org/10.1787/soc\\_glance-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-en).

### **México cuenta con la población indígena más grande de América Latina, la cual enfrenta aún marginación y deterioro de la salud**

Los más de 18.1 millones de indígenas de México constituyen cerca de 16% de la población (CONEVAL, 2012). A pesar de que la población indígena de México representa un porcentaje menor de la población total del país comparado con otros países latinoamericanos, es la más grande en términos absolutos y equivale a una tercera parte de la población indígena total del continente. Una característica notoria es que alrededor de las tres cuartas partes de los pueblos indígenas en México son pobres, en comparación con la mitad de la población no indígena que vive por debajo del nivel de pobreza oficial. Más preocupante aún resulta el hecho de que la brecha de pobreza entre ambas poblaciones se deba, en gran medida, a la falta de acceso a la educación y a los servicios públicos (Moreno et al., 2011).

Más recientemente, Servan-Mori et al. (2014) mostraron que entre 2002 y 2010 la proporción de población indígena ubicada en el primer decil del gasto de los hogares aumentó de 15% a 25%. Aunque el retraso en el crecimiento y la tasa de mortalidad infantiles han disminuido con el tiempo, las diferencias persisten. Entre 2000 y 2010, la reducción de la mortalidad y el retraso en el crecimiento infantiles fue consistentemente mayor entre la población no indígena. En general, su situación se mantiene desfavorable y vulnerable.

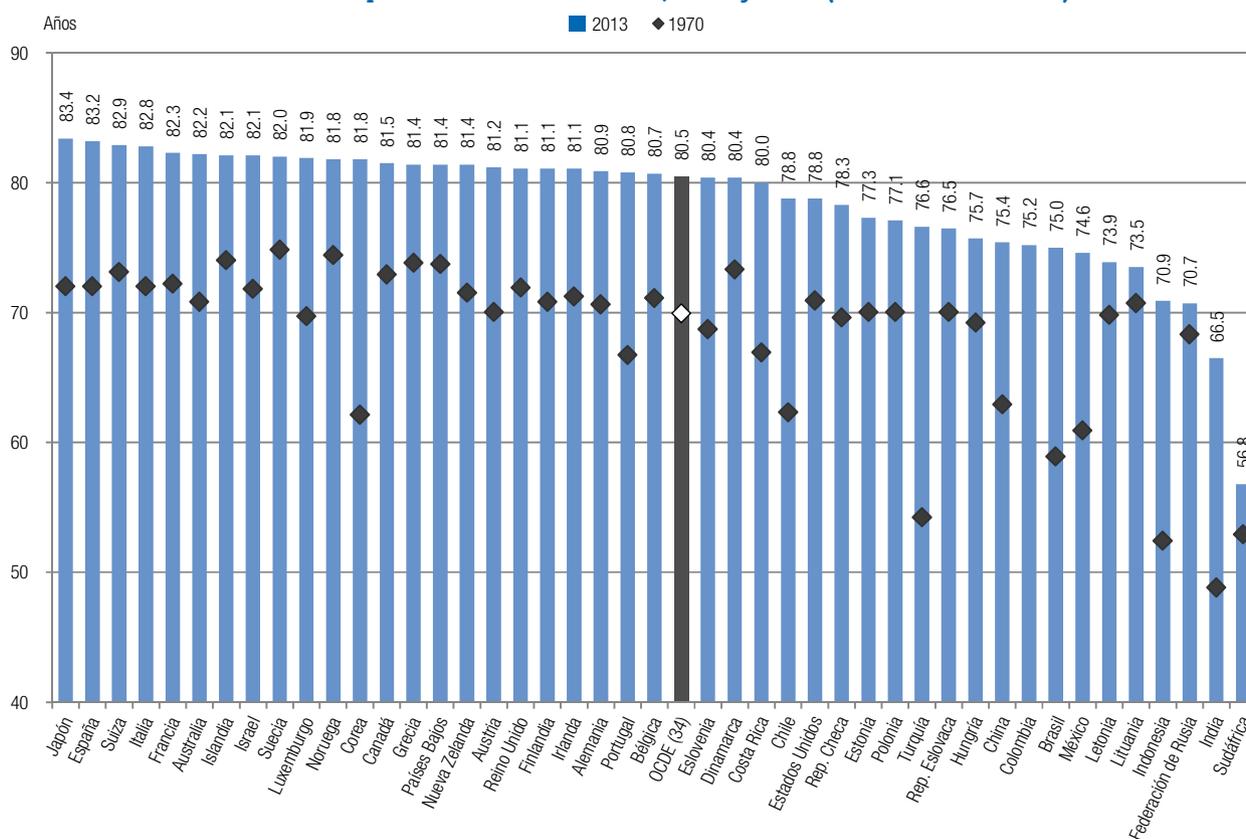
Todas estas desventajas son los principales determinantes de la pobreza. Si bien el desarrollo del programa “Oportunidades” (ahora Prospera) ejerció efectos positivos sobre las comunidades indígenas y otros grupos desfavorecidos, no ha demostrado ser

suficiente para aumentar el acceso a los servicios de salud, la educación y el empleo para las poblaciones indígenas más vulnerables (Servan-Mori et al., 2014). Existen otros programas específicos para este grupo, como el Programa Especial de los Pueblos Indígenas, 2014- 2018, el cual se centrará en garantizar el acceso a los servicios básicos y aumentar el ejercicio de los derechos sociales y la participación ciudadana de los grupos indígenas, así como de proteger su identidad cultural.

### **Aunque la esperanza de vida está mejorando, México se está quedando atrás de otros países de la OCDE**

En los últimos diez años, la esperanza de vida en México se ha incrementado más lentamente que en otros países de la OCDE y ahora su esperanza de vida es la más baja de todos ellos. Mientras que el aumento en los países de la OCDE fue de 2.64 años en promedio entre 2003 y 2013 (de 77.8 años a 80.4 años), el aumento fue de 0.80 años en México (de 73.8 a 74.6 años) (véase la Gráfica 1.6). Por tanto, la diferencia en longevidad entre México y otros países de la OCDE subió de cuatro a seis años.

Gráfica 1.6. **Esperanza de vida al nacer, 1970 y 2013 (o año más reciente)**



Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

El lento avance en la esperanza de vida en México se debe en gran parte a conductas nocivas para la salud, entre ellas malos hábitos nutricionales y tasas muy altas de obesidad, mayores tasas de mortalidad por diabetes y de mortalidad por enfermedades

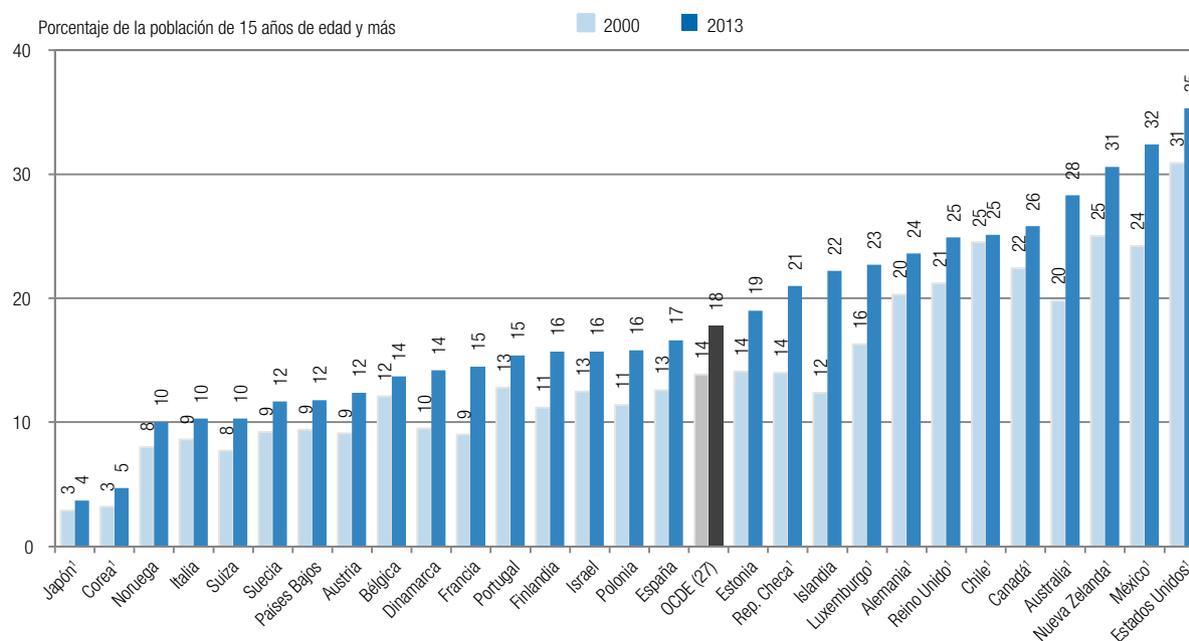
cardiovasculares, así como barreras persistentes al acceso a la atención de alta calidad y el difícil contexto socioeconómico (OECD, 2013b).

### El rápido aumento de las tasas de obesidad y los problemas de salud relacionados despierta gran preocupación

En los últimos 30 años, México se ha convertido en uno de los países del mundo más afectados por la epidemia global de obesidad. Ahora, el único país que supera a México en obesidad es Estados Unidos (véase la Gráfica 1.7). Entre 2006 y 2012, la prevalencia del sobrepeso aumentó de 69.5% a 71.3% en la población adulta (OECD, 2015), mientras que la tasa de obesidad aumentó de 30% en 2006 a 32.4% en 2012 (estimado). En la actualidad, México es uno de los países con mayores índices de obesidad infantil en el mundo y uno de cada tres niños tiene sobrepeso o es obeso.

La diabetes, la enfermedad crónica más directamente relacionada con la obesidad, se propaga con gran rapidez y en la actualidad afecta a más de 15.9% de la población adulta, lo cual representa más del doble del promedio de la OCDE de 6.9% (OECD, 2015).

Gráfica 1.7. **Aumento de la obesidad en adultos en países de la OCDE, 2000 y 2013 (o año más reciente)**

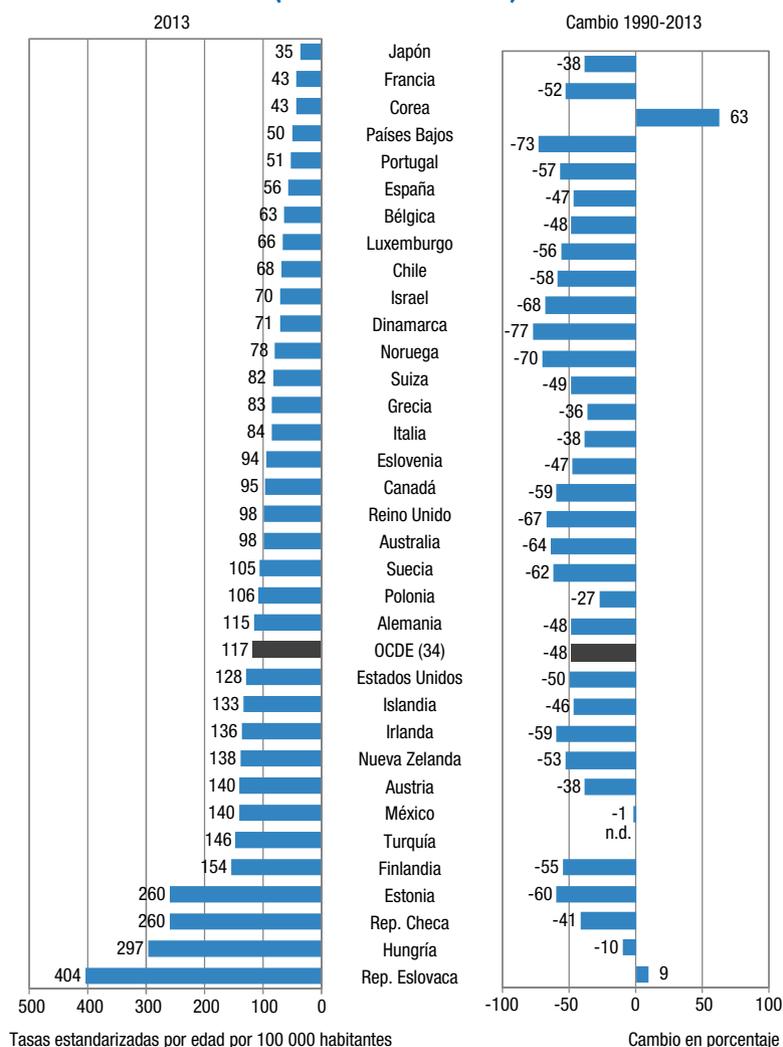


1. La información se basa en mediciones y no en datos de estatura y peso proporcionados por las personas.

Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Quizá como resultado de estos perfiles adversos de factores de riesgo, las muertes por enfermedades cerebrovasculares sólo se han reducido 38% desde 1990, disminución pequeña en comparación con el promedio de 56% en los países de la OCDE. Más desconcertante aún resulta que las muertes por cardiopatías sólo disminuyeron 1%, a diferencia de la reducción de 48% en otros países de la OCDE (véase la Gráfica 1.8).

Gráfica 1.8. **Mortalidad por cardiopatías isquémicas, 2011 y cambio de 1990-2011 (o año más reciente)**



Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en> (obtenido de la OMS).

### Las diferencias regionales en la salud reflejan las tendencias socioeconómicas

Existen grandes desigualdades regionales en materia de salud en México, donde los municipios menos favorecidos presentan constantemente resultados más pobres en este ámbito que el promedio nacional (OPS, 2012). Las zonas más ricas del país reportan un mejor estado de salud e indicadores más cercanos al promedio de la OCDE; por su parte, las regiones más pobres situadas en la parte sur del país tienen la prevalencia de enfermedades y las tasas de mortalidad por causas prevenibles más altas.

La esperanza de vida en las zonas rurales de Oaxaca, Guerrero y Chiapas es significativamente menor que en las zonas urbanas de Baja California Sur, Nuevo León y el Distrito Federal. También se observó un gradiente norte-sur en la mortalidad infantil. En 2013, las tasas de mortalidad infantil variaron entre 9.1 por cada 1 000 nacidos vivos

en Nuevo León y 16.2 en Puebla, en comparación con el promedio nacional de 12.2. Como se muestra en la Gráfica 1.9, México no sólo tiene el mayor índice de mortalidad infantil de los países de la OCDE, sino también una de las variaciones interregionales más altas en este rubro; sólo es superado por Canadá y Estados Unidos. En Puebla, el Estado de México y Guerrero el riesgo de muerte de un niño antes de cumplir un año de edad es entre 20% y 32.5% mayor que la media nacional en este grupo de edad (OECD, 2014). En 2012, la tasa más alta de mortalidad materna se presentó en Guerrero, con 75.9 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, una diferencia de 3.8 veces con el índice de mortalidad materna más bajo, que corresponde a Querétaro, donde se registraron 19.8 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos (Secretaría de Salud, 2013).

Gráfica 1.9. **Valores regionales máximos y mínimos de las tasas de mortalidad infantil por cada 1 000 nacidos vivos, por país, 2012 (o año más reciente)**



Fuente: 2014 OECD Regional Statistics (base de datos), <http://dx.doi.org/10.1787/region-data-en>. El año más reciente para México es 2013.

### 1.3. El sistema de salud en México

Gran parte de la gobernanza y la organización del sistema de salud mexicano en la actualidad es resultado de más de 70 años de una evolución gradual. Se han implementado reformas exitosas pero persiste la división del sistema de salud (financiamiento, organización, implementación, prestación de servicios) en varios subsistemas verticales muy poco articulados entre sí.

Dado el relativamente bajo porcentaje del PIB asignado a la atención de la salud en México, es indispensable que estos recursos se utilicen de manera eficaz. Los recursos se mantienen dispersos entre los subsistemas verticales, los cuales cuentan con distintos niveles de recursos. Esto constituye un problema real de desigualdad en el acceso; los grupos socioeconómicos más necesitados y los estados más desfavorecidos siguen teniendo un acceso mucho más limitado a los servicios. El alto gasto de bolsillo, que constituye un porcentaje significativo de los gastos de salud, corre el riesgo de ser una carga financiera importante para los ciudadanos mexicanos, en especial para aquellos con menor posibilidad de pagar.

#### **El derecho universal a la atención de la salud en México está establecido en la ley**

Desde 1983, el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos ha garantizado a todos los ciudadanos el derecho a la protección de la salud. Las modificaciones posteriores, como la de la Ley General de Salud de 1984, se basaron en esta disposición constitucional. La Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA, hoy Secretaría de Salud) se creó oficialmente en 1943, mediante la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salud Pública, con el mandato de extender la cobertura a la población de escasos recursos y establecer una política general de salud pública. Además, se encargaba de la prestación de servicios de salud mediante los Servicios Coordinados de Salud en los estados. Sin embargo, gran parte de la estructura actual del sistema de atención de la salud se había establecido a finales de la década de 1930 y comienzos de 1940, con una serie de instituciones dirigidas a diferentes grupos con base en su perfil ocupacional o su situación económica; por ejemplo, los empleados del Estado y los militares. También en 1943 se creó el IMSS, con el objetivo de gestionar estos regímenes de seguridad social, incluida la atención de la salud estipulada para los diferentes sindicatos y los trabajadores de los distintos sectores.

Pese a que el IMSS asumió muchos esquemas de seguridad social, algunos fondos y servicios de seguridad social mantuvieron su independencia o bien se crearon en fechas posteriores para grupos estratégicos, como la milicia, el sector petrolero y, finalmente, el sector público. Como parte del paquete de prestaciones de seguridad social, los trabajadores asalariados de la economía formal tendrían acceso exclusivo a servicios de salud, desde atención materna y atención infantil hasta atención terciaria, un sistema de pensiones de vejez y de invalidez, un sistema de protección contra riesgo ocupacional, e incluso uno de servicios sociales (centros de estancia infantil y servicios de recreación). Con la misma orientación, en 1960 se estableció el ISSSTE, el segundo subsistema más grande de seguridad social después del IMSS, para la prestación de servicios de salud y de servicios similares a las prestaciones de seguridad social del IMSS (monetarias y en especie) para los trabajadores del Estado.

Si bien en las décadas de 1930 a 1960 ciertamente se avanzó hacia una cobertura integral, el enfoque que se adoptó —es decir, instaurar los fondos de seguridad social y los servicios para grupos estratégicos— provocó que el acceso se basara en la condición laboral y la capacidad de pago y no en la necesidad; por tal razón, la asignación de los recursos y el acceso a los servicios de atención de la salud dependían de la influencia económica y política de los diferentes grupos socioeconómicos, por ejemplo, sindicatos, trabajadores estatales y grupos urbanos, entre otros. Este sistema también dejó sin cobertura y con acceso sólo a los servicios provistos por la SSA a quienes no contaban con contratos formales de trabajo, como los trabajadores por honorarios, los trabajadores urbanos del sector informal y la población rural. Por otra parte, mientras que el sistema de seguridad social (SS) se financiaba mediante un acuerdo tripartita de los empleadores, los trabajadores y el gobierno, el gobierno federal financiaba totalmente a la SSA. Esto generó un grave desequilibrio de recursos, ya que la SSA tenía que proveer servicios con pocos recursos; asimismo, era afectada por los cambios en la política, lo que provocó entre otras cosas, menor calidad en la atención. Otra de las consecuencias de este entorno fue la concentración de oferta de servicios, en especial los especializados, en las zonas urbanas, sobre todo la Ciudad de México. En 1960, 1980 y 1990 se implementaron reformas a los sistemas de atención de la salud, que abarcaban el derecho a la atención médica, así como los niveles de prestación de esta (véase el Recuadro 1.1), pero a la larga continuaron los problemas de acceso.

#### Recuadro 1.1. Reformas al sistema de atención de la salud mexicano, 1960-2000

En las décadas de 1960, 1980 y 1990 se pusieron en marcha reformas al sistema para tratar de corregir los desequilibrios en la cobertura de atención de la salud. En la década de 1960 se incorporaron disposiciones especiales en la Ley del Seguro Social para ampliar la cobertura obligatoria a los trabajadores temporales y los rurales, pero, con pocas excepciones, esto no se llevó a cabo y la distinción entre la población asegurada y la no asegurada que la SSA atendía se agravó. Los esfuerzos para salvar la brecha por el aumento de la inversión en la década de 1960 se detuvieron debido a la crisis económica de la década de 1970, durante la cual se implementaron disposiciones especiales para dar acceso parcial a las prestaciones de seguridad social e incorporar otros grupos de las zonas rurales y de la economía informal; eso en realidad significaba crear un segundo nivel de servicios de menor calidad, que ofrecía atención básica de salud a las zonas rurales y a los trabajadores informales, así como a la población en general.

En la década de 1980 se impulsaron nuevas reformas dirigidas a establecer el marco para un conjunto más coherente de políticas nacionales de salud, con el objetivo de ampliar el acceso a la atención de la salud, así como mejorar su calidad en todo el sistema. Esto impulsó la coordinación intersectorial entre la SSA y los proveedores de seguridad social, así como los primeros intentos del gobierno de descentralizar los servicios de la SSA, mediante la transferencia de la responsabilidad de la atención a los estados, la cual sería la primera fase de un largo proceso de descentralización. En ese momento (1983) se aprobó una enmienda constitucional que otorgaba a cada persona el derecho a la protección de la salud, de la que se derivó la Ley General de Salud. Como parte de estos cambios, la Secretaría de Salud y Asistencia Pública cambió su nombre al de Secretaría de Salud. Sin embargo, el proceso se detuvo de nuevo por adversidades en la situación económica. La oposición de los actores en un tiempo de inestabilidad política debido a la coyuntura económica vetó el cambio cuando los recursos federales se encontraban en una baja histórica, lo que impedía que el gobierno financiara los gastos transitorios de la reforma.

Recuadro 1.1. **Reformas al sistema de atención de la salud mexicano, 1960-2000** (Cont.)

En la década de 1990 continuó el proceso de descentralización, con la transferencia de más funciones y responsabilidades a los estados junto con los recursos correspondientes, con el fin de completar el proceso de descentralización y fortalecer los Servicios Estatales de Salud (SESA). Durante esta segunda fase, el resto de los estados se unieron al proceso y en 1986 se creó una estructura organizacional, el Consejo Nacional de Salud, para coordinar la política de los estados federales. Las autoridades mexicanas también establecieron el Plan de Reforma a los Servicios de Salud de 1995-2000. Se pusieron en marcha varios cambios dirigidos a ampliar el acceso de la población no asegurada a los servicios de atención de la salud, incluidos programas especiales para garantizar la atención de la salud básica, como el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC).

La descentralización inició a partir de mediados de la década de 1980, con la transferencia de mayor responsabilidad operativa en clínicas de atención primaria y en hospitales de segundo nivel (pero no en Institutos Nacionales de Salud de tercer nivel), así como determinadas responsabilidades administrativas. Las entidades con mayor capacidad y recursos (Tlaxcala, Nuevo León, Guerrero, Jalisco, Baja California Sur, Morelos, Tabasco, Querétaro, Sonora, Colima, Estado de México, Guanajuato, Aguascalientes y Quintana Roo) tuvieron más éxito en la implementación del proceso de descentralización, lo que les permitió asumir una mayor parte de los gastos de sus propios recursos (OECD, 2005). Estos estados normalmente contaban tanto con ingresos per cápita más altos que el promedio, como con una capacidad de autofinanciamiento y por lo general eran más industrializados con los niveles más altos de cobertura de seguridad social. En el resto de los estados el proceso de descentralización se reinstauró a mediados de la década de 1990 y ahora todos se han descentralizado en virtud de las nuevas disposiciones. El nuevo enfoque otorgó un mayor grado de independencia administrativa para los estados comparado con la primera etapa, aunque persistieron limitaciones financieras fuertes a través de un sistema de transferencias federales etiquetadas.

En la primera fase de descentralización de las reformas, lo que en ese entonces era el IMSS-COPLAMAR (desde entonces IMSS-Solidaridad, IMSS-Oportunidades, y ahora IMSS-Prospera) también se integró en el sistema existente de la Secretaría de Salud en los estados. Los estados acordaron aumentar el financiamiento de la atención de la salud con sus propios recursos, para alcanzar 20% de su presupuesto, aunque este objetivo no siempre se logró. A diferencia de la primera fase de reformas, el sistema IMSS-Oportunidades mantuvo su independencia de los Servicios Estatales de Salud (SESA) para el resto de los estados descentralizados de la segunda fase.

Fuente: Actualizado de OECD (2005), *OECD Reviews of Health Systems: México*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264008939-en>.

Hasta el día de hoy, la fragmentación del sistema de salud se ha mantenido, en mayor o menor grado, a pesar de los continuos intentos de reformas. Pese a que la Ley General de Salud de 1984 regula todos los aspectos del sector salud, y se basa en el derecho universal de protección de la salud establecido en la Constitución, no presenta una lista integral o un paquete específico de los servicios incluidos más allá de este derecho genérico a la cobertura (principio que también se indica en las leyes de seguridad social que rigen al IMSS y al ISSSTE). En lugar de ello, el derecho y el acceso a los servicios dependen de la condición laboral. La afiliación al sistema de seguridad social se determina automáticamente por el empleo formal, lo que ha ayudado a aumentar la cobertura total de la población. La cobertura en el año 2012 se estimó en casi 78.5% de la población, por encima del 50% de cobertura de 2005 (OECD, 2005; CONEVAL, 2012). La naturaleza y las consecuencias de las diferencias del derecho en los sistemas de aseguramiento se especifican con más detalle en el Capítulo 2.

Otra diferencia importante en la cobertura de los subsistemas de seguros son las pensiones y otras prestaciones sociales que ofrece la seguridad social. Por otra parte, esta cobertura adicional no relacionada con la salud es una carga financiera importante para las reservas de las aseguradoras. En el estado financiero de 2014, el IMSS pronosticó que sus reservas se agotarán en el año 2017.

### **En México, numerosos subsistemas independientes proporcionan seguro médico y atención de la salud**

El rasgo más distintivo del sistema de salud mexicano es su división en varios subsistemas. Cada uno de ellos duplica el conjunto de actividades fundamentales del sistema de salud para su población afiliada, es decir, la recaudación de ingresos, la compra y la prestación de servicios. Mientras que la tendencia en los sistemas de salud de la OCDE es separarse y organizarse horizontalmente, en México siguen agrupadas y organizadas verticalmente. Es decir, cada subsistema de salud —IMSS, ISSSTE, PEMEX— funciona como un sistema de salud distinto y con muy poca coordinación entre ellos.

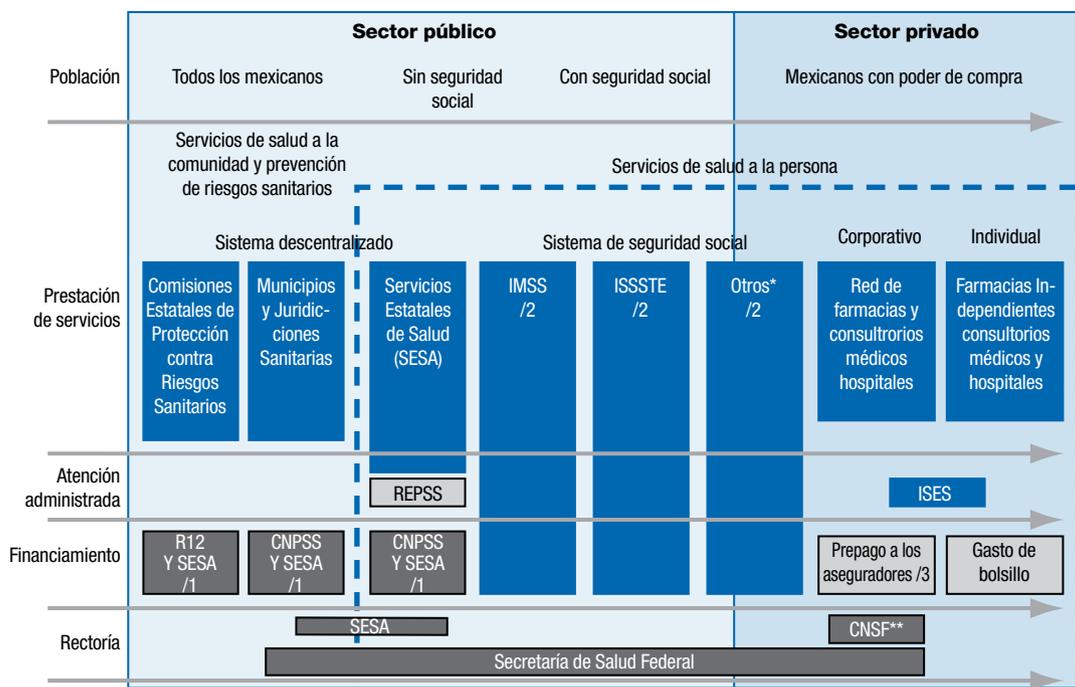
El término “población asegurada” en México se refiere a toda aquella cubierta por un subsistema de seguridad social o bien por el Seguro Popular. Las empresas privadas también proveen parte de la cobertura, aunque las aseguradoras privadas cubren a una pequeña proporción de la población mexicana. Los principales subsistemas de seguridad social son el IMSS, que cubre a todos los trabajadores asalariados privados del sector formal (las personas auto empleadas, los trabajadores del sector informal y los desempleados pueden optar por el aseguramiento mediante un régimen voluntario) y sus familias; el ISSSTE (para empleados del gobierno federal y algunos de los gobiernos estatales, así como los miembros de su familia); y otros (PEMEX para empleados de Petróleos Mexicanos, SEMAR para la Marina, SEDENA para el Ejército, etcétera) que cubren a pequeños grupos de la población. El financiamiento del IMSS se comparte entre el gobierno federal, el empleador (que aporta la mayor parte de la participación financiera) y el empleado. El financiamiento del ISSSTE se divide entre el empleador y el empleado, con una aportación del gobierno federal; el Seguro Popular es totalmente financiado por el presupuesto gubernamental.

En lo que respecta al IMSS, al ISSSTE y a otros subsistemas de seguridad social, cada uno de estas entidades posee y opera sus propias clínicas y hospitales. Las prestaciones son en especie, es decir, servicios de atención de la salud, de acuerdo con las disposiciones generales establecidas en sus marcos jurídicos correspondientes, incluidos los servicios preventivos y los curativos. El servicio médico tendría que proporcionarse con base en las instalaciones específicas de la entidad en cuestión (clínicas y hospitales). En caso de urgencia, los pacientes pueden atenderse en las instalaciones de otras instituciones hasta su estabilización médica para su posterior remisión a las de la institución correspondiente.

Junto con los subsistemas de seguridad social, el Seguro Popular como esquema de aseguramiento público es voluntario y ofrece cobertura a quienes no pertenecen a los primeros y optan por ser afiliados. Varios planes gubernamentales, que en su mayoría operan a nivel estatal, proporcionan cierta cobertura para el 21.5% restante de la población mexicana sin seguro médico público nacional reportado en 2012. Ambos sistemas de cobertura se describirán en la siguiente sección.

En la Gráfica 1.10 se presenta el panorama del sistema de salud mexicano y se muestra la organización vertical del sistema de salud, la cual conforma el marco para la discusión y el análisis presentados en el resto de este capítulo.

Gráfica 1.10. **Panorama del sistema de salud mexicano**



\* Estatales PEMEX, CFE, SEDENA, SEMAR.

\*\* Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

1. Impuestos generales.
2. Impuestos a la seguridad social.
3. Empresas privadas.

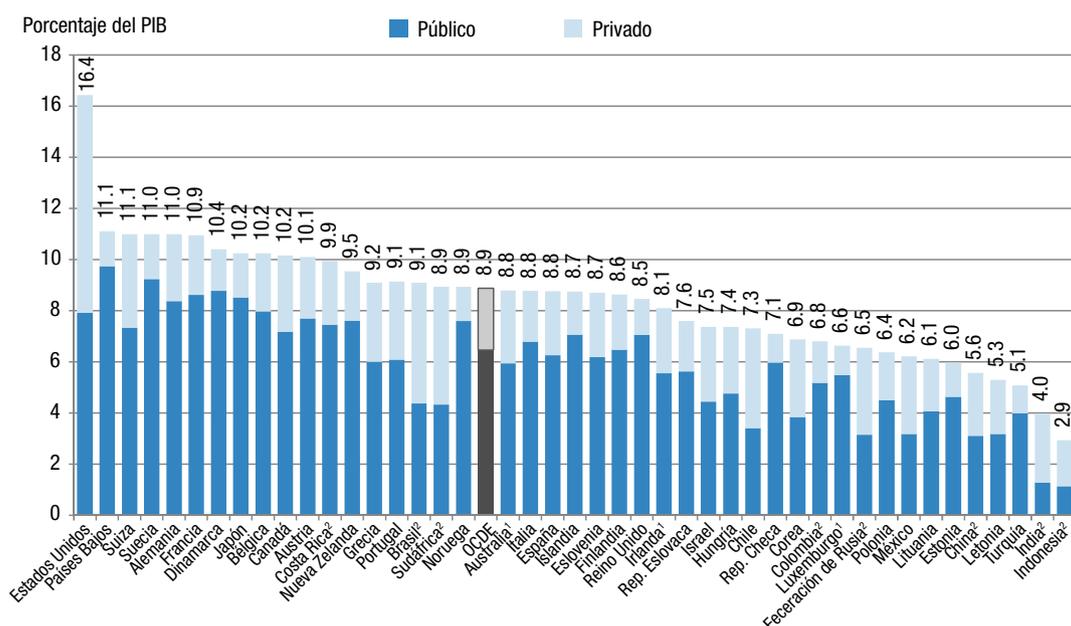
### **Las reformas recientes se diseñaron para ampliar la cobertura del seguro médico, aunque 21.5% de los mexicanos aún no están asegurados**

Desde principios de la década de 2000 se han llevado a cabo reformas significativas en el sistema de salud mexicano, con el objetivo de aumentar la población cubierta por un seguro público de salud. Como parte de esta iniciativa, a principios de 2004 entró en vigor el Sistema de Protección Social en Salud (Knaul et al., 2012), con el objetivo de mejorar la protección financiera de los mexicanos sin cobertura de seguridad social. Con el Sistema de Protección Social en Salud también se buscó inyectar nuevos recursos al sistema de salud y mejorar la transferencia de recursos entre el gobierno federal y los estados. De hecho, entre 2003 y 2013 la inversión pública en el sistema de salud aumentó de 2.4% a 3.3% del PIB.

Una característica clave fue la creación de un nuevo sistema de aseguramiento familiar, enfocado a las personas sin cobertura de seguridad social. Después de operar como programa piloto entre 2001 y 2003 y modificar la Ley General de Salud que sustenta el sistema de salud de México, el Seguro Popular (SP) arrancó de lleno en enero de 2004. El SP opera principalmente mediante un financiamiento público, complementado en una pequeña parte por una cuota anual determinada según el



Gráfica 1.12. Gasto en salud como porcentaje del PIB, 2013 (o año más reciente)



Nota: Excluye las inversiones, a menos que se especifique lo contrario.

1. Estimaciones preliminares.
2. Información referente a 2012.
3. Incluye inversiones.

Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database, <http://apps.who.int/nha/database>.

El bajo gasto público y la limitada inversión total en el sistema de salud se reflejan en los recursos de salud de México. El sistema de salud opera con 2.2 médicos practicantes y 2.6 enfermeros practicantes por cada 1000 habitantes, que incluye a los médicos y enfermeros que trabajan en el sector privado; esta cifra es notablemente menor que el promedio de la OCDE de 3.2 y 9.7, respectivamente. La densidad de camas también es muy baja, 1.6 camas por cada 1000 habitantes en 2012, en comparación con 5.0 camas por cada 1000 habitantes en países de la OCDE, la cifra más baja entre estos países (OECD, 2012).

Estos menores recursos del sistema de salud contribuyen, a su vez, a ofrecer menos servicios de salud. En 2013, el número de consultas médicas por habitante fue el segundo más bajo de la OCDE (2.8 per cápita en comparación con el promedio de la OCDE de 6.6), aunque la cifra abarca sólo la actividad en instituciones públicas y no incluye las consultas privadas. Los índices de procedimientos clave, como reemplazo de cadera y de rodillas o angioplastia coronaria, también fueron bajos en comparación con otros países de la OCDE; en México, en 2011 únicamente se llevaron a cabo 6.4 procedimientos de revascularización coronaria, en comparación con el promedio de los países de la OCDE de 219.3, y las tasas de reemplazo de cadera (7.8 en comparación con el promedio de la OCDE de 161.2) y de rodilla (3.3 en comparación con 120.6) fueron las más bajas de la Organización. Los resultados de los procedimientos seleccionados se explican en parte por un nivel moderado de procedimientos no reportados en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), la base nacional de datos sobre salud. Además, estos procedimientos (aquellos que requieren prótesis), no se

Cuadro 1.3. **Población asegurada y gastos por persona asegurada en México, 2013**

	Gasto (miles de pesos corrientes)	Cobertura	Gasto per cápita (pesos corrientes)
Presupuesto Ramo 12: Secretaría de Salud	118 893 910	65 527 283	1 814
Presupuesto Ramo 33: FASSA <sup>1</sup>	67 679 092	65 527 283	1 033
Presupuesto Ramo 19: IMSS, Prospera	9 881 767	11 891 406	151
Gasto estatal en salud	28 217 527	65 527 283	431
<b>Total federal y estatal para las personas sin seguridad social<sup>2</sup></b>	<b>224 672 296</b>	<b>65 527 283</b>	<b>3 429</b>
IMSS	208 586 381	59,511,963	3,505
ISSSTE	49 832 292	12 630 569	3 945
PEMEX <sup>3</sup>	12 866 306	755 346	17 034
<b>Seguridad Social Total</b>	<b>271 284 979</b>	<b>72 897 878</b>	<b>3 721</b>
<b>Sector Público Total<sup>4</sup></b>	<b>495 957 275</b>	<b>138 425 161</b>	<b>7 150</b>

1. Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios, Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA).

2. La población sin seguridad social incluye a los afiliados al Seguro Popular, las personas cubiertas por el IMSS-Prospera y las personas sin seguro médico que puedan recibir atención en las instalaciones de la Secretaría de Salud y de los estados.

3. La población corresponde a 2012.

4. Las cifras excluyen los gastos presentados por SEDENA, SEMAR, ISES e ISSFAM. Estas cifras representan 5.4% del total del gasto público.

Fuente: Secretaría de Salud (2013), *Boletín de Información Estadística*, México.

reembolsan por la seguridad social, excepto para los trabajadores activos que padecen una enfermedad o sufrieron algún accidente por su ocupación, y no están cubiertos por el Seguro Popular. Pese a que las deficiencias en los datos de cobertura pueden distorsionar el panorama general, aún son notorias las bajas tasas de consultas médicas y de procedimientos clave.

Las bajas tasas de consultas y procedimientos clave pueden interpretarse como indicadores de necesidades insatisfechas de atención de la salud por parte de los subsistemas públicos, y probablemente estén relacionadas con la baja inversión pública total y el gasto en atención de la salud en México. Por consiguiente, es probable que la corrección oportuna y efectiva de las deficiencias en el acceso a servicios de salud del sector público requiera recursos adicionales. Esto se explica en detalle en el Capítulo 4. Si bien el nivel de financiamiento del sector salud es, en última instancia, una decisión que corresponde al sector público mexicano y tendrá que equilibrarse respecto a otras prioridades, será imprescindible que la inversión adicional se enfoque adecuadamente, se base en un conocimiento detallado de las necesidades y se gaste con eficiencia en formas que ofrezcan beneficios para la salud. A corto plazo, no es probable que se hagan inversiones considerables en el sector salud, y más bien la prioridad será buscar la eficiencia y el ahorro en la forma como se utilizan los recursos en la actualidad.

Cuadro 1.4. Recursos para la salud en el sistema de salud mexicano, 2013

	Médicos <sup>1</sup>	Enfermeros <sup>2</sup>	Camas <sup>3</sup>	Hospitales
Total	256 281	310 441	131 900	4 424
Total sector público	191 826	270 596	87 509	1 335
Total sector privado	64 455	39 845	44 391	3 089
Total por cada 10 000 habitantes	22	26	16	37
Desglose del sector público:				
Población con seguridad social	92 097	127 036	44 994	516
IMSS	65 115	95 387	32 740	264
ISSSTE	17 875	20 561	6 881	109
PEMEX	2 446	2 943	922	23
SEDENA	1 673	2 552	2 250	44
SEMAR	911	1 254	737	34
Servicios Estatales de Salud	4 077	4 339	1 464	42
Total por cada 10 000 habitantes	21	29	10	11.8*
Población sin cobertura de seguridad social	99 729	143 560	42 478	819
Secretaría de Salud	92 335	129 565	39 231	734
IMSS-Oportunidades	6 529	12 767	2 578	79
Estudiantes universitarios <sup>4</sup>	865	1 228	669	6
Total por cada 10 000 habitantes	13	19	6	11.0*

1. Incluye a todos los médicos: generales, especialistas y dentistas.

2. Incluye enfermeros generales, especialistas, pasantes, asistentes y otras.

3. Incluye todas las camas, tanto de hospital, como de instalaciones no hospitalarias.

4. Esta categoría es un programa de aseguramiento de salud independiente del IMSS y de los SESA, dirigido a estudiantes matriculados en preparatorias y universidades públicas y que no están asegurados por sus padres a través del IMSS o de otros sistemas. A este seguro se le llama "Seguro Facultativo para Estudiantes del Nivel Medio Superior y Superior".

\* Tasas por cada millón

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México 2013; OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

### **La distribución de los recursos en los subsistemas es desigual y las transferencias financieras basadas en presupuestos históricos prolongan las desigualdades**

Además de los bajos recursos del sistema de salud mexicano, los niveles de recursos son aún un tanto desiguales entre los subsistemas de salud. El gasto per cápita total de las personas que no cuentan con seguridad social fue de 3429 pesos en 2013, en comparación con 3505 de los afiliados al IMSS y 3945 de los afiliados al ISSSTE (DGIS, 2013).

Las diferencias en los gastos podrían contribuir a las diferencias en los recursos para la salud, que a su vez difieren considerablemente entre los distintos subsistemas. Por ejemplo, el número de consultas ambulatorias especializadas es de 336 por cada 1000 afiliados en el Seguro Popular, comparado con 350 y 629 por cada 1000 afiliados al IMSS y al ISSSTE, respectivamente (Secretaría de Salud, 2013).

Si bien algunas de estas desigualdades pueden reflejar necesidades diferentes (como la población ligeramente mayor en edad del ISSSTE), otras no pueden justificarse en este sentido. Por ejemplo, el número de recetas médicas que las instituciones no pudieron surtir por completo (debido a falta de existencias) es de 35% en el Seguro Popular, en comparación con 14% en el IMSS (ENSANUT, 2012). Esta desigualdad en el gasto y los recursos es preocupante, tanto en lo que concierne a la capacidad de los subsistemas de proporcionar una atención más efectiva, como por ser un auténtico problema en la calidad desigual de la atención y su disponibilidad para la población.

También persisten problemas en cuanto a la distribución regional de los recursos dentro del Seguro Popular y otros servicios que cubren a la población no asegurada, muchos de los cuales se remontan al proceso de descentralización de responsabilidades de los estados. Las asignaciones financieras destinadas a servicios de salud estatales provenientes de la recaudación de ingresos federales se basan en presupuestos históricos y no en las necesidades de salud locales. Por otra parte, una vez recibidos los recursos por los estados, hay pocos mecanismos para garantizar que se gasten en la forma en que mejor cumplan con las necesidades estatales de salud.

Gran parte de los servicios de atención de la salud para la población no asegurada es proporcionada ahora por los Servicios Estatales de Salud (SESA), por medio de sistemas de clínicas y hospitales públicos. Hay notorias diferencias entre los estados en cuanto a los recursos per cápita disponibles para prestar los servicios públicos de atención a la salud, y las zonas rurales enfrentan problemas particulares de acceso. El público en general considera que los SESA ofrecen atención de menor calidad que el sistema de seguridad social. Sin embargo, como se explicó en la sección anterior, esto en parte se debe a que los recursos públicos por cada hogar asignados a las instituciones aseguradoras eran mayores que los asignados a los SESA, o bien, a cuestiones de organización, como las deficiencias en el abasto de medicamentos.

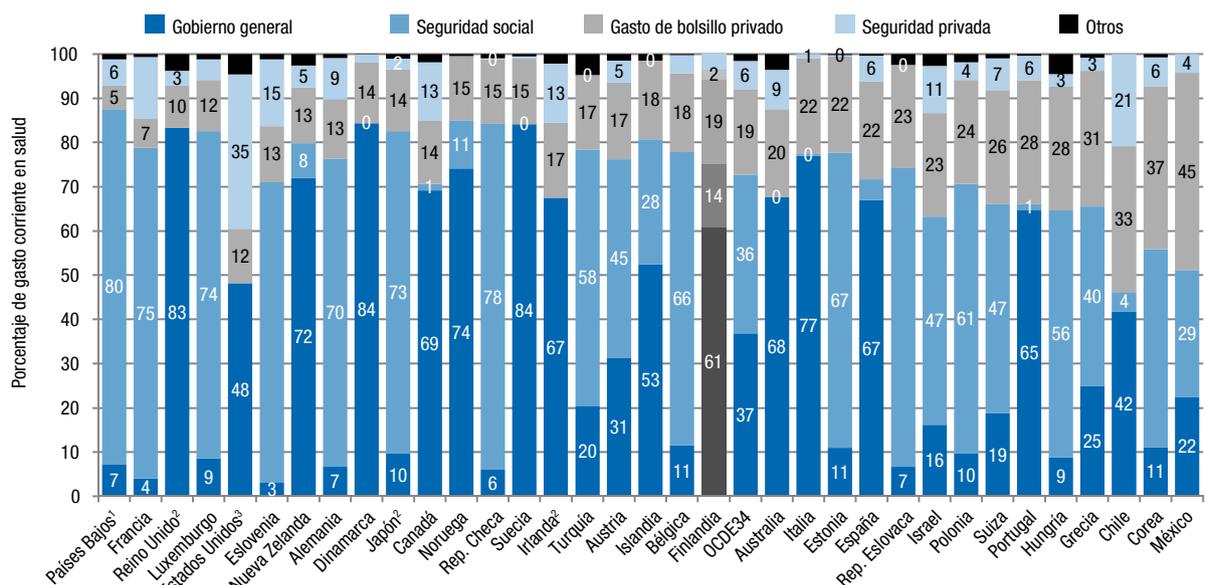
En el Capítulo 3 se analizan estas diferencias en relación a la percepción de la calidad de la prestación de servicios a diferentes poblaciones, y el hecho de que el paquete de servicios ofrecido por el Seguro Popular es menor, lo cual puede limitar los avances hacia la cobertura universal de salud.

### **El gasto de bolsillo sigue siendo alto y varía entre subsistemas**

El gasto de bolsillo en México constituye 44.7% de los ingresos del sistema de salud y 4.0% del gasto familiar (véanse las Gráficas 1.13 y 1.14). Estas cifras representan los gastos de bolsillo reportados por las autoridades mexicanas a la OCDE. El gasto de bolsillo puede estimarse a partir de diversas fuentes. Si bien dichas fuentes no siempre concuerdan, resulta claro que el gasto de bolsillo es aún uno de los más altos de la OCDE. El gasto de bolsillo tampoco disminuyó significativamente en la última década, a pesar de los esfuerzos por aumentar la población afiliada a través del Seguro Popular. Chile, Corea y Hungría tienen gastos de bolsillo similares al de México, pero en la mayoría de los países de la OCDE se destina un porcentaje mucho menor de los ingresos familiares a gastos médicos, en promedio 2.1%.

Al desglosar año por año el gasto per cápita por subsistema, los datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares de 2012 (ENIGH, 2012) demostraron que los gastos de bolsillo fueron de alrededor de 440 pesos para los afiliados al Seguro Popular,

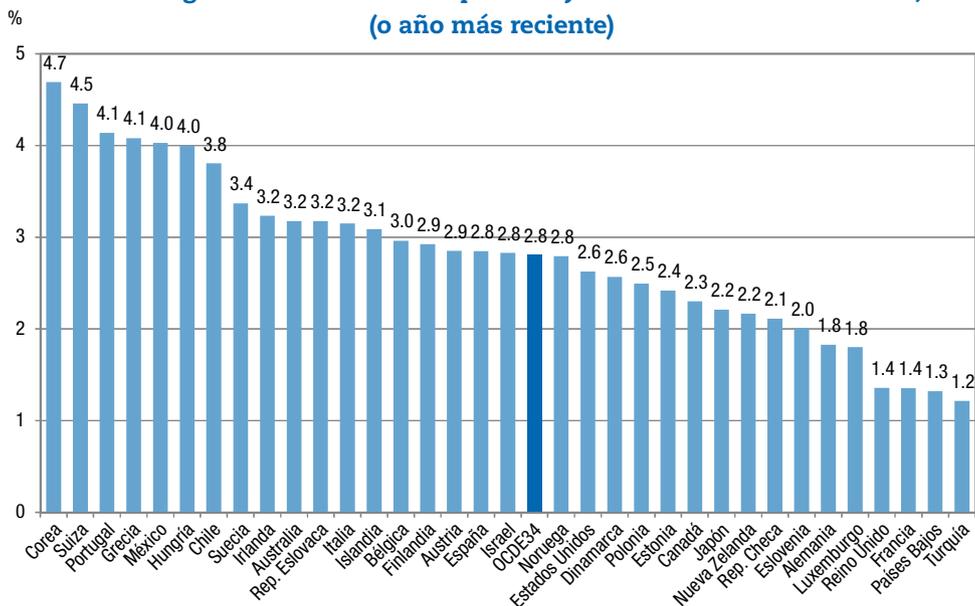
Gráfica 1.13. Gastos en salud por tipo de financiamiento, 2013 (o año más reciente)



1. Los Países Bajos incluyen el financiamiento de los coaseguros obligatorios y de la Ley de Gastos Médicos Excepcionales bajo el rubro de seguridad social y no del gasto de bolsillo privado, por lo que el porcentaje de gastos de bolsillo se subestima.
2. Los datos se refieren al gasto total en salud (= los gastos actuales de salud más formación de capital).
3. Se reportó la seguridad social junto con el gobierno general.

Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Gráfica 1.14. El gasto de bolsillo como porcentaje del consumo final familiar, 2013 (o año más reciente)



Nota: Este indicador se relaciona con el gasto actual en salud, sin incluir los gastos de la atención de la salud a largo plazo.

Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

657 para los afiliados al IMSS y 1209 para los afiliados al ISSSTE. Para las personas sin seguro público de salud, la cifra es de alrededor de 765 pesos. Un punto importante en términos del gasto de bolsillo para los afiliados al Seguro Popular, es que tienen que pagar la atención de la salud que proporcionan los SESA que no está financiada por el Seguro Popular. Estos servicios se concentran en el subgrupo altamente especializado que casi siempre requiere hospitalización. Los gastos de bolsillo efectuados por los afiliados al Seguro Popular ascendieron a 5351 millones de pesos, lo que equivale a 1% del gasto público en servicios de salud en el año 2013 (DGIS, 2014).

Este gasto de bolsillo sostenido y alto se debe, en parte, a la insatisfacción de las personas en cuanto a la accesibilidad o a la calidad de los servicios prestados por las instituciones a las cuales están afiliadas, lo que las obliga a acudir a proveedores privados en busca de atención médica. El hecho de que 52% del gasto de bolsillo se concentre en los tres deciles de ingresos más altos indica que la mayor parte de este gasto puede relacionarse más con la calidad que con el acceso. De hecho, como ya vimos, la gente hace uso frecuente de proveedores privados de atención de la salud, ya que tienen mayor disponibilidad que los servicios públicos. El gasto de bolsillo alto también podría obedecer a problemas de acceso; si alguien no consigue los servicios que necesita o desea a través de su institución, o si no está asegurado, se verá obligado a pagar de su bolsillo. Tanto el acceso como la calidad son impulsores probables de los elevados gastos de bolsillo en México, y señalan dos áreas de gran debilidad del sistema.

Los proveedores privados del sistema de salud también contribuyen al alto gasto de bolsillo en servicios médicos. Aunque los seguros médicos privados representan una proporción relativamente pequeña del mercado de seguros de salud, los proveedores privados de atención médica tienen un papel sustancial en el sistema de salud mexicano. Se estima que alrededor de 6.9% de los mexicanos están cubiertos por un seguro médico privado, de los cuales la mitad son planes grupales financiados por los empleadores (OECD, 2013). Las altas primas de las pólizas privadas constituyen un importante obstáculo financiero para la gran mayoría de la población mexicana, lo que reduce la cobertura de los seguros privados. Sin embargo, el uso de los proveedores privados es generalizado. México tiene la mayor proporción de establecimientos médicos privados respecto con los del sector público (11.4 hospitales de propiedad pública y 28.6 privados con fines de lucro por cada millón de habitantes) entre los países de la OCDE con información disponible. El acceso a estos hospitales suele implicar un gasto de bolsillo importante para los no asegurados. Este desequilibrio en los recursos de salud, tanto públicos como privados, es otra fuente de desigualdad en el acceso a la atención de la salud, ya que se excluye a la población más pobre de este sector hospitalario por una falta de capacidad de pago.

### **Se observan ineficiencias arraigadas en el uso de recursos por parte del sistema de salud**

Existe evidencia de que los recursos no se utilizan de la forma más eficaz posible. En el sistema de salud se observan ineficiencias arraigadas en este renglón. Los gastos administrativos, que ascienden a 8.6% del gasto total en salud en 2013, son los más elevados de la OCDE y no se han reducido en la última década. La mayoría de los países de la OCDE gastan mucho menos en la administración del sistema de salud y muchos han realizado recortes considerables desde la crisis financiera de 2008.

A nivel individual, también se aprecian deficiencias en la cobertura de los seguros públicos. Gran parte de la población está cubierta por más de un seguro a la vez (véase el Cuadro 1.5). Por ejemplo, en algunos casos, el aseguramiento incluso se ha triplicado cuando la cobertura proviene de su situación laboral y de su cónyuge. Estas duplicaciones no son exclusivas del aseguramiento público, algunas personas tienen cobertura tanto pública como privada. Ahora bien, la naturaleza de la encuesta puede dar lugar a subestimaciones de la cobertura.

Cuadro 1.5. **Cobertura duplicada y triplicada en el sistema de salud mexicano**

Población cubierta por un programa	
IMSS	34 862 122
ISSSTE	4 146 768
Seguro Popular	43 262 400
Total	82 271 290
Población cubierta por dos programas	
IMSS e ISSSTE	2 075 118
IMSS y Seguro Popular	7 348 966
ISSSTE y Seguro Popular	762 474
Total	10 186 558
Población cubierta por tres programas	
IMSS, ISSSTE y Seguro Popular	171 169
Total	171 169

Fuente: ENSANUT, 2012 (la naturaleza de la encuesta podría dar lugar a subestimaciones de la cobertura).

Al mismo tiempo, cada año alrededor de una tercera parte de los afiliados al IMSS se ven obligados a cambiar de médico debido a un cambio en su situación laboral, lo que causa discontinuidad en la atención. Entre el segundo trimestre de 2011 y el segundo trimestre de 2012, los datos de la encuesta de empleo ENOE sugieren que 35% de la población antes cubierta por el IMSS, el ISSSTE y PEMEX u otro subsistema de seguridad social perdieron dicha cobertura. En el mismo periodo, un porcentaje de personas obtuvo cobertura (véase el Cuadro 1.6).

Cuadro 1.6. **Cambio en la situación de cobertura de salud, 2011-2012**

		Segundo trimestre de 2012				
		IMSS	ISSSTE/ PEMEX/Otros	Empleados pero sin cobertura de seguridad social	Desempleados	Inactivos
Segundo trimestre 2011	IMSS	76.47	1.97	13.39	2.76	5.41
	ISSSTE/PEMEX/Otros	5.31	81.05	8.01	1.13	4.49
	Empleado sin cobertura de seguridad social	8.01	1.43	72.25	2.66	15.65
	Desempleados	20.59	2.1	37.71	13.27	26.32
	Inactivos	3.38	0.54	18.12	2.73	75.23

Obtuvieron cobertura 2011-2012.

Perdieron cobertura entre 2011 y 2012.

Fuente: Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, INEGI.

Por otra parte, a pesar de contar con menos médicos, enfermeros y camas que la mayoría de los países de la OCDE, al parecer los recursos de México no se están utilizando de forma intensiva. El número de consultas por médico en México es uno de los más bajos de la OCDE. En 2011, México reportó una de las tasas más bajas de la OCDE (poco más de 1000 consultas<sup>1</sup> por médico, comparado con casi 2500 de los países de la OCDE). Otro ejemplo pertinente es que las tasas de casos diarios de cirugía de catarata son inferiores a la media de la OCDE, mientras que las tasas de cesáreas son las más elevadas; esto puede deberse a la falta de directrices que fomenten las mejores prácticas internacionales o una inadecuada aplicación de esas directrices.

Estos indicadores pueden implicar ineficiencias muy arraigadas en el sistema y sin duda, complicarán el problema de sostenibilidad financiera identificado en este capítulo. Hay margen para mejorar el uso eficiente de los recursos en México, lo cual resultará prioritario, si en los años venideros no hay aumentos significativos de recursos para el sistema de salud. En los Capítulos 3 y 4 se consideran opciones de políticas para lograr esas ganancias de eficiencia.

#### 1.4. Calidad y resultados del sistema de salud mexicano

Se sabe relativamente poco acerca de la calidad y los resultados de la atención médica en México, lo que impide tener una evaluación completa del desempeño del sistema de salud. Los indicadores de calidad comparables a nivel internacional, que alcanzan un nivel relativamente alto, muestran un panorama mixto: niveles altos de admisión hospitalaria que podrían evitarse, pero también señales más alentadoras en algunas áreas de actividades de salud pública y prevención, como las campañas de vacunación. Dado que los problemas reales en México son la fragmentación de los servicios y los diferentes niveles de acceso, la falta de comparabilidad entre los distintos subsistemas es un reto particular, aunque se están en proceso de desarrollar indicadores comparables.

##### ***Se sabe relativamente poco acerca de la calidad y los resultados de la atención médica, especialmente de la atención preventiva***

México ha iniciado la construcción de una infraestructura nacional de información de salud para monitorear la calidad, lo que es un avance prometedor. En la última década, el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) publicó diversos indicadores que cubren la atención de la salud primaria, secundaria y de urgencia (incluso las tasas de satisfacción del paciente) en los servicios del Seguro Popular y de seguridad social. Además, se han emprendido otras iniciativas en los distintos subsistemas. Por ejemplo, el ISSSTE desarrolló un conjunto de 44 indicadores de eficiencia y de calidad para sus hospitales. Esta recolección de datos puede ser una rica fuente de información valiosa para impulsar el cambio y la mejora.

Sin embargo, parece haber un uso poco sistemático de la información contenida en las bases de datos sobre calidad y resultados con el fin de mejorar la atención. La información recopilada rara vez se comunica a los proveedores y a los practicantes. La comparabilidad entre los subsistemas es otro problema; con excepción de los indicadores nacionales que en contadas ocasiones se comunican para el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Sectorial de Salud y sus respectivos informes, cada una de

las instituciones (SESA, ISSSTE e IMSS) tiene su propio conjunto de indicadores. Esta falta de comparabilidad se añade a la fragmentación que se extiende a través del sistema de salud mexicano. Resulta alentador que se esté trabajando en el diseño y la implementación de un tablero nacional de indicadores de eficiencia y de calidad para todas las aseguradoras y los proveedores. El organismo responsable de proporcionar los indicadores de salud oficiales es la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud, en tanto que el organismo encargado de diseñar y supervisar el cumplimiento de esos indicadores es la Dirección General de Calidad. Sin embargo, el proceso se encuentra en una etapa inicial. Si no se cuenta con mejor información, las iniciativas para promover mejoras entre y a través de los subsistemas seguirán realizándose en gran medida a ciegas.

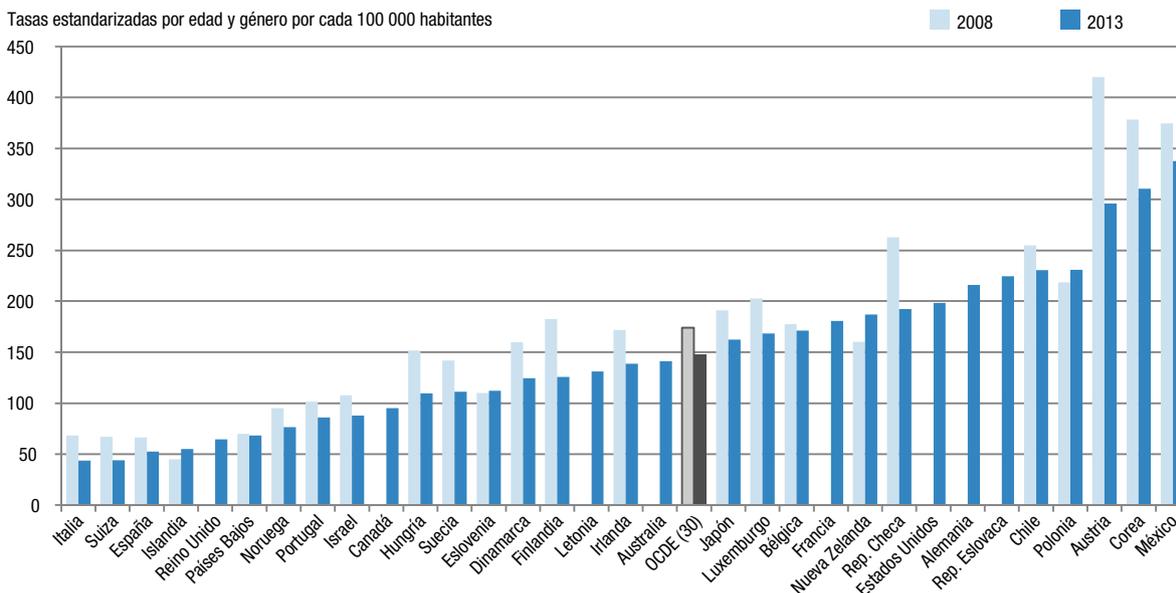
Además, la mayor parte de la información existente en México se centra en los servicios hospitalarios intensivos para el sector público. Hace falta medir la actividad y los resultados en los ámbitos de atención primaria y preventiva, donde hay más posibilidades de hacer frente a factores de riesgo relacionados con el estilo de vida y las enfermedades crónicas. México también tiene muy pocos registros nacionales de pacientes para dar seguimiento a la calidad y los resultados de la atención. En un país donde la fragmentación es alta, hay señales de que la eficiencia y la eficacia deben mejorarse y el acceso sigue siendo desigual, estas lagunas en la información son un verdadero problema. Por ejemplo, es necesario equilibrar la inversión y la eficiencia, pero si no se comprende cómo este equilibrio impacta el acceso y la calidad de la atención, es difícil tomar decisiones estratégicas sobre mejoras en el sistema de salud en un contexto de austeridad de recursos.

### **Los indicadores de calidad comparables a nivel internacional constituyen un motivo de preocupación**

La información sobre la calidad de la atención en México es algo limitada, lo cual se relaciona de manera directa con la débil infraestructura informativa. Lo mismo aplica a los indicadores de calidad comparables a nivel internacional: México sólo pudo aportar información sobre ocho de 52 indicadores de calidad de la atención de la salud de la OCDE solicitados en 2015. En comparación con otros países de la OCDE, muchos de los indicadores reportados son motivo de preocupación.

La OCDE utiliza las cifras de hospitalizaciones evitables por diabetes, de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y de asma como una medida indirecta de la calidad de la atención primaria de salud. Un sistema de atención primaria de alto rendimiento puede evitar el deterioro agudo de los pacientes con asma, EPOC o diabetes y prevenir su ingreso al hospital. Investigaciones independientes han confirmado la validez de usar las hospitalizaciones evitables como un indicador de la atención primaria. Pese a que las hospitalizaciones evitables por EPOC y asma en México fueron bajas, muy por debajo del promedio de los países de la OCDE, las admisiones por diabetes no controlada fueron casi las más altas de la OCDE (véase la Gráfica 1.15). Este indicador sugiere que la atención de la diabetes fuera de los hospitales es deficiente. Como se analiza en el Capítulo 3, la tasa alta de admisiones tal vez pueda explicarse, en parte, por la tasa extremadamente alta de diabetes, lo cual subraya aún más la importancia de un buen nivel de atención primaria para evitar admisiones hospitalarias costosas.

Gráfica 1.15. **Admisión hospitalaria por diabetes en adultos, 2008 y 2013**  
(o años más recientes)



Nota: Promedio de tres años para Islandia y Luxemburgo.

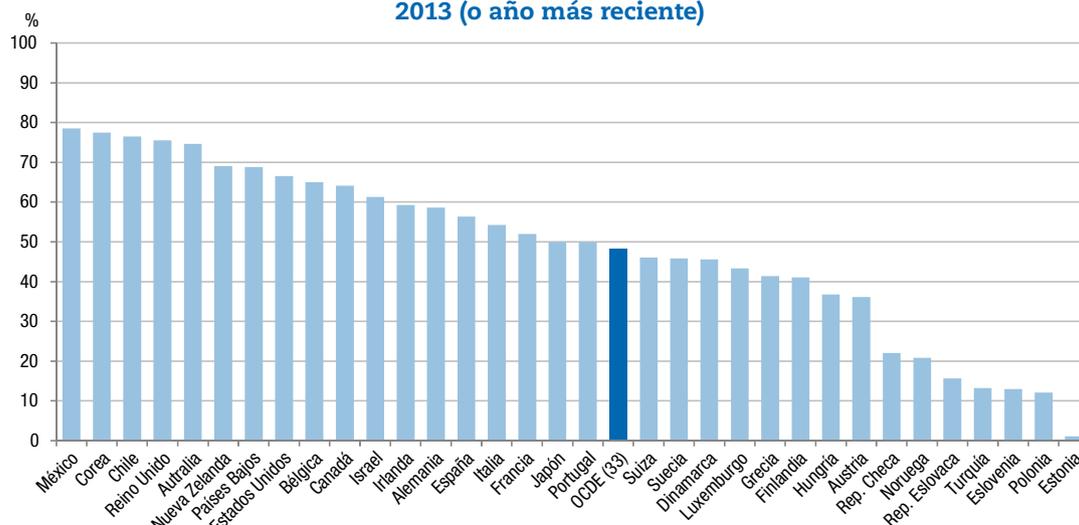
Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Los indicadores de calidad de cuidados intensivos de México también son motivo de preocupación. En 2013, la tasa de mortalidad basada en la admisión en adultos de 45 años y más dentro de los 30 días posteriores a su admisión por infarto agudo de miocardio fue de 28.2 muertes por cada 100 admisiones en México, en comparación con el promedio de la OCDE de 7.4 (excepto México). La mortalidad en el hospital después de sufrir un accidente cerebrovascular (mortalidad en adultos de 45 años y más dentro de los 30 días posteriores a la admisión por accidente cerebrovascular isquémico) fue también mayor en México que en cualquier otro país de la OCDE, con 19.5 muertes por cada 100 admisiones, en comparación con el promedio de 8.0 de los países de la OCDE (excepto México).

En términos de salud pública y de prevención, en 2013, las tasas de vacunación de niños de un año contra difteria, tétanos y tos ferina (83%), contra el sarampión 1 (89%) y contra la hepatitis B (82%) se encontraban entre las más bajas de la OCDE. Sin embargo, la cobertura de vacunación contra influenza es muy amplia en México; en 2013 México presentó la mayor tasa de cobertura entre todos los países de la OCDE (79%) (véase la Gráfica 1.16).

En México, las pruebas de detección de cáncer cervicouterino y de mama cubrieron a menos de 25% de las mujeres de entre 50 y 69 años de edad, mientras que en la mayoría de los países de la OCDE cubrieron a más de 50% de esta población objetivo (OECD, 2015). Con base en información proporcionada, la tasa de mortalidad por cáncer de mama en México es baja (15.0 defunciones por cada 100 000 mujeres, en comparación con más de 25 en los países de la OCDE), pero la mortalidad por cáncer cervicouterino es la más alta de la OCDE, 10.2 muertes por cada 100 000 mujeres, en comparación con el promedio de la Organización de 3.5 muertes por cada 100 000

Gráfica 1.16. Cobertura de vacunación contra influenza, población de 65 años y más, 2013 (o año más reciente)



Fuente: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

mujeres. Si bien se observa una dramática caída en la mortalidad por este tipo de cáncer en México entre 2003 y 2013 —la tasa de mortalidad descendió de 15.8 muertes por cada 100 000 mujeres—, las bajas tasas de pruebas de detección de este cáncer sugieren que todavía hay que mejorar.

## 1.5. Conclusiones

Aunque la salud de la población mexicana ha mejorado en los últimos años, los avances no han sido tan rápidos como se esperaba. La esperanza de vida aumentó apenas un año entre los años 2000 y 2013, de manera que la diferencia en longevidad entre México y otros países de la OCDE es ahora mayor que hace un decenio. La distribución de la salud y la prosperidad sigue siendo desigual, ya que la población de los estados del sur, las mujeres, los niños y los grupos indígenas padecen los resultados más pobres. Una preocupación particular es el aumento rápido de las tasas de obesidad, lo que provoca enfermedades devastadoras y costosas como la diabetes. Además, un gran porcentaje de la población aún está empleada en el sector informal, donde las redes de seguridad social están menos desarrolladas. Para enfrentar con éxito a estos variados retos, México necesita un sistema de salud que responda a las necesidades de las personas, que sea capaz de ofrecer atención continua y personalizada, orientación proactiva y preventiva, así como rentable y sostenible.

Pese a las ambiciosas reformas emprendidas para ampliar la cobertura y la prestación de atención de la salud, el sistema de salud de México no satisface las necesidades de su población tan bien como debería. Las considerables inversiones en la parte del sistema de salud financiada con fondos públicos no siempre se han traducido en mejores resultados de salud. El gasto es ineficiente y la rendición de cuentas del Estado en cuanto a gastos en salud es escasa. Una razón para ello puede ser la naturaleza fragmentada del sistema mexicano; algunas reformas exitosas se han topado con ineficiencias persistentes, sobre todo la división del sistema de salud

(financiamiento, organización, implementación, prestación de servicios) en varios subsistemas verticales muy poco integrados entre sí. Otra debilidad del sistema es la falta de rendimiento sólido y transparente en los marcos de administración. En todos los sistemas de financiamiento público y seguridad social el acceso es desigual, la calidad es incierta y la sostenibilidad financiera está amenazada. Un indicador clave de la debilidad de los mecanismos actuales es el hecho de que las personas continúan pagando de su bolsillo la mayor parte de sus servicios de salud. Esto puede representar un importante problema de acceso; es de esperarse que los grupos socioeconómicos más necesitados y los estados más desfavorecidos tengan un acceso mucho más limitado a los servicios. Se sabe relativamente poco acerca de la calidad y los resultados de atención de la salud en México, lo que impide tener una imagen completa del desempeño del sistema de salud. Dados los problemas reales de México a causa de la fragmentación de los servicios y los diferentes niveles de acceso, la falta de comparación entre los distintos subsistemas es un reto particular, aunque ya se está en proceso de desarrollar indicadores comparables.

Para que México afronte la creciente carga de enfermedades relacionadas con la edad y el estilo de vida, de forma eficaz, equitativa y sostenible, será necesario implementar reformas integrales y de amplio alcance al sistema de salud. En los siguientes cuatro capítulos se estudia en detalle dónde hay que realizar cambios y cómo se pueden lograr. Este minucioso análisis y las recomendaciones correspondientes en relación a cómo fortalecer la gobernanza del sistema se abordan en el siguiente capítulo, en el cual se examina cómo los mecanismos actuales de atención de la salud en México no cubren las necesidades de salud y los obstáculos que han obstaculizado muchas de las anteriores reformas al sistema.

## Notas

1. La información incluye los sectores público y privado.
2. Desde su publicación en inglés, la metodología para estimar el gasto administrativo ha sido revisada. La cifra estimada del costo administrativo para 2014 es 5.6% del gasto total en salud en México. Ver OECD Health Statistics 2016, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

## Bibliografía

- Andrews, D., A. Caldera Sánchez y A. Johansson (2011), “Towards a Better Understanding of the Informal Economy”, *OECD Economics Department Working Paper* núm. 873, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/5kgb1mf88x28-en>
- CONEVAL (2012), “La pobreza en la población indígena de México”, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, México.
- DGIS (2013), “Health Accounts at Federal and State Level”, *Bulletin of Statistical Information*, vol. IV, Financial Resources, núm. 33, Dirección General de Información en Salud, México.
- Dougherty, S.M. y O. Escobar (2013), “The Determinants of Informality in Mexico’s States”, *OECD Economics Department Working Paper* núm. 1043, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/5k483jrvnjq2-en>.
- Encuesta Nacional de Empleo y Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo.
- ENIGH (2012), “Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012” <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/regulares/enigh/>.
- ENSANUT (2012), “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición”, Instituto Nacional de Salud, Ciudad de México, <http://ensanut.insp.mx>.
- IMSS (2014), Estado Financiero, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
- Knaul, F.M. et al. (2012), “The Quest for Universal Health Coverage: Achieving Social Protection for All in Mexico”, *The Lancet*, vol. 380, núm. 9849, pp. 1259-1279, octubre, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61068-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X).
- Moreno, V.A. et al. (2011), “Indigenous Peoples and Poverty in Mexico”, *Indigenous Peoples Country Brief*, núm. 7, World Bank, Washington, DC.
- OECD (2005), *OECD Reviews of Health Systems: Mexico*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264008939-en>.
- OECD (2011a), *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264119536-en>.
- OECD (2011b), *OECD Economic Surveys: Mexico 2011*, OECD Publishing, París.
- OECD (2013), *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing, París, [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en).
- OECD (2013a), *Getting It Right. Strategic Agenda for Reforms in Mexico*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264190320-en>.
- OECD (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, París, [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en).

- OECD (2014a), *Economic Policy Reform 2014: Going For Growth Interim Report*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/growth-2014-en>.
- OECD (2014b), *OECD Employment Outlook 2014*, OECD Publishing, París, [http://dx.doi.org/10.1787/empl\\_outlook-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2014-en).
- OECD (2014c), *Society at a Glance 2014: OECD Social Indicators*, OECD Publishing, París, [http://dx.doi.org/10.1787/soc\\_glance-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/soc_glance-2014-en).
- OECD (2014d), *OECD Regional Outlook 2014: Regions and Cities: Where Policies and People Meet*, OECD Publishing, París, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264201415-en>.
- OECD (en preparación), *Economic Economic Review: Mexico*, OECD Publishing, París.
- OECD (2015), *OECD Economic Surveys: Mexico*, OECD Publishing, París, [http://dx.doi.org/10.1787/eco\\_surveys-mex-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-mex-2015-en).
- PAHO (2012), *Health in the Americas, 2012 Edition: Country Volume*, México.
- Secretaría de Salud (2013), “Rendición de Cuentas en Salud 2012”, disponible en [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/rcs\\_2012.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/descargas/rcs/rcs_2012.pdf).
- Servan-Mori, E. et al. (2014), “An Explanatory Analysis of Economic and Health Inequality Changes among Mexican Indigenous People, 2000-2010”, *International Journal for Equity in Health* 2014, vol. 13, núm. 21.
- SINAIS - Secretaría de Salud, <http://www.sinais.salud.gob.mx/estadisticasportema.html>.
- World Bank (2013), “Mexico Strengthens its Financial Resilience. Growth During the Global Financial Downturn”, disponible en <http://www.worldbank.org/en/results/2013/09/05/financial-sector-mexico>.
- World Bank (2012), *World Development Report 2013: Jobs*, World Bank, Washington, DC, <http://dx.doi.org/10.1596/978-0-8213-9575-2>.



**From:**  
**OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016**

**Access the complete publication at:**  
<https://doi.org/10.1787/9789264230491-en>

**Please cite this chapter as:**

OECD (2016), “Las necesidades de atención de la salud y la organización del sistema de salud en México”, in *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016*, OECD Publishing, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264265523-5-es>

El presente trabajo se publica bajo la responsabilidad del Secretario General de la OCDE. Las opiniones expresadas y los argumentos utilizados en el mismo no reflejan necesariamente el punto de vista oficial de los países miembros de la OCDE.

This document and any map included herein are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

You can copy, download or print OECD content for your own use, and you can include excerpts from OECD publications, databases and multimedia products in your own documents, presentations, blogs, websites and teaching materials, provided that suitable acknowledgment of OECD as source and copyright owner is given. All requests for public or commercial use and translation rights should be submitted to [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org). Requests for permission to photocopy portions of this material for public or commercial use shall be addressed directly to the Copyright Clearance Center (CCC) at [info@copyright.com](mailto:info@copyright.com) or the Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) at [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com).