

# Calidad de los Servicios de Salud Pública

Serie Propuestas

No. 19

Febrero 2002

**2**      Visión de Conjunto

---

**3**      I.      Importancia de la Salud para el Desarrollo Económico

---

**5**      II.     Diagnóstico de la Salud Pública en México

---

**5**            II.1    Avances

---

**6**            II.2    Limitaciones

---

**10**          II.3    Causas de los Problemas

---

**12**        III.    Alternativas de Solución

---

**16**        Propuestas

---

**18**        Conclusiones

---

**19**        Bibliografía

---

## Visión de Conjunto

El desarrollo económico depende de tres condiciones: a) un arreglo institucional que provea incentivos económicos para la asignación eficiente de recursos y defina y proteja los derechos de propiedad de la sociedad; b) un entorno macroeconómico estable para la toma de decisiones y la planeación de largo plazo, y c) una continua acumulación de capital humano.

El goce de una buena salud es un elemento central para la acumulación del capital humano porque determina el tiempo que una persona podrá dedicar a las actividades productivas durante su vida. La garantía de protección a la salud mediante un sistema de salud con cobertura universal y de alta calidad es fundamental para mejorar o restablecer el bienestar de las personas tras episodios de enfermedad y dar así continuidad a sus actividades económicas.

En México, el marco institucional vigente no ofrece incentivos para la acumulación del capital humano en salud y, por ende, limita el desarrollo potencial del país. En este estudio se argumenta que la estrategia del sector público de proveer directamente los servicios de salud a la población durante cinco décadas —si bien, con importantes avances en el combate a las enfermedades

transmisibles— no ha sido capaz de garantizar la protección de la salud mediante un servicio de alta calidad. Por el contrario, su instrumentación ha generado incentivos que actúan en contra de la calidad y de una asignación eficiente de recursos en las instituciones.

Este trabajo se divide en cuatro partes. En la primera, luego de esta visión de conjunto, se plantea la importancia de la salud como medio para la acumulación del capital humano y para el desarrollo económico; en la segunda, se presentan avances y limitaciones del sistema de salud pública en México, así como algunas de las principales causas de sus problemas de cobertura y calidad. En la tercera parte, se plantean algunas alternativas de solución para los problemas expuestos y en la última, se exponen nuestras propuestas para mejorar los servicios de salud pública en México.

Nuestras propuestas se centran en la modificación del marco institucional vigente. Se plantea que el papel del Estado como garante de la protección a la salud no necesariamente significa que deba producir en forma directa los servicios de salud pública.

## I. Importancia de la Salud para el Desarrollo Económico

La salud es tanto una fuente de bienestar para las personas como un activo que forma parte de su capital humano —la capacidad específica de cada individuo para realizar actividades de forma eficiente, vigorosa y consistente, y que influyen sobre los ingresos monetarios futuros o en especie del individuo. Una buena salud permite que las personas gocen de los satisfactores derivados de actividades físicas, recreativas, sociales y culturales, como el deporte o las visitas a sitios turísticos y centros vacacionales. Asimismo, una buena salud brinda a las personas la posibilidad de realizar actividades físicas y mentales en sus centros de trabajo de forma estable e ininterrumpida.

Una buena salud beneficia a quien la posee y genera condiciones favorables para las personas que la rodean, evitándose, por ejemplo, epidemias que puedan mermar a la población y con ello la fuerza laboral. Una buena salud, reflejada en una mayor esperanza de vida y en menores tasas de mortalidad en la población, tiene implicaciones para la productividad: el incremento de la fuerza laboral; la mayor permanencia productiva de los individuos, y el aumento de la capacidad física de las personas para realizar actividades manufactureras, entre otras.

Además, la salud complementa a otras fuentes del capital humano como la educación y la experiencia laboral. Una buena salud favorece las capacidades cognoscitivas y la retención de ideas que forman parte del acervo de conocimientos de los individuos; también permite prolongar la estancia de las personas en las actividades productivas y con ello favorece el aprovechamiento de la experiencia laboral. De esta forma, el capital humano en salud contribuye a la eficiencia y la productividad económicas.

La salud es fundamental para la acumulación de capital humano porque es la única fuente que puede determinar la cantidad de tiempo que un individuo podrá dedicar a producir bienes o

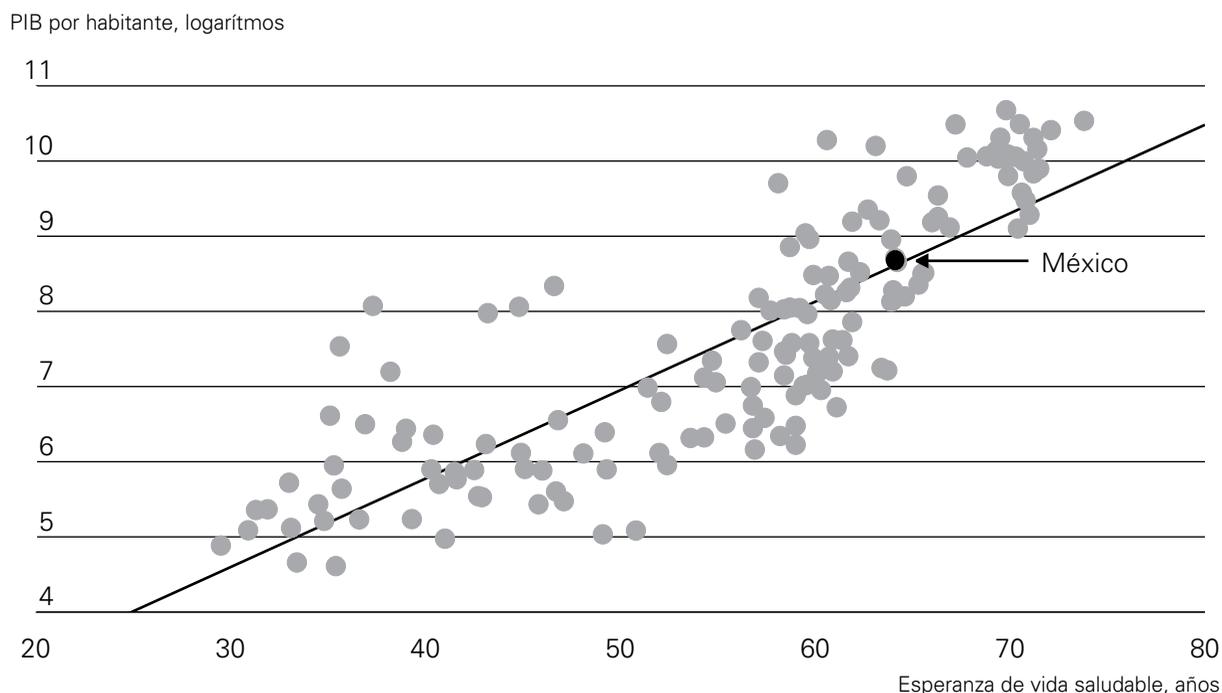
servicios durante su vida. A diferencia de otras fuentes del capital humano como la educación, en las cuales las personas invierten recursos por un número determinado de años, las inversiones en salud representan una tarea permanente para los individuos.<sup>1</sup>

Por lo anteriormente señalado, la inversión en salud, como fuente de capital humano, es la más productiva. Para la economía mexicana, en un proceso de modernización caracterizado por una mayor competencia tanto interna como externa, invertir en la formación del capital humano mediante la salud, adquiere un papel cada vez más relevante para el desarrollo económico.

Un amplia bibliografía apoya la relación positiva entre el capital humano y desarrollo económico —crecimiento del PIB por habitante. En términos generales, el capital humano, al dotar a los individuos de un acervo de conocimientos y de habilidades físicas y mentales, favorece la eficiencia técnica y el cambio tecnológico en los procesos productivos y con ello los incrementos de la producción. La evidencia disponible parece favorecer esta hipótesis, tanto para un país en particular como para la comunidad internacional en conjunto. Por ejemplo, Becker (1990) confirma la relación positiva entre capital humano y desarrollo económico para el caso de Estados Unidos; Barro (1996) y Bloom (2001) hacen lo propio para una muestra de 100 países, separando al capital humano en educación y salud como fuentes del crecimiento. Un año de aumento en la expectativa de vida de la población contribuye con un incremento en el crecimiento del PIB por habitante de 4.2% (según Barro) y 4.0% (según Bloom).

1 Grossman (1999).

## Salud y Desarrollo Económico



Fuente: OMS y FMI

En la gráfica anterior se ilustra la relación positiva entre PIB por habitante (indicador de desarrollo económico) y la esperanza de vida al nacer de la población en términos de años de vida sana (indicador de buena salud).<sup>2</sup> A mayor número de años de vida saludable mayor es el desarrollo económico.

La salud es indispensable para el funcionamiento y el desarrollo de las capacidades productivas. Sin embargo, este activo se deprecia con la edad y con la enfermedad, hasta el punto en que ocurre la muerte. No obstante, las personas pueden alterar su expectativa de vida mediante el consumo de productos como el cigarro y el alcohol o bien mediante servicios médicos. Por

ello la cobertura y la calidad de la atención médica en un país juegan un papel fundamental en la cantidad óptima de salud que pueden demandar los individuos, sin olvidar que un servicio sin calidad representa un riesgo. Bajo este contexto, los servicios de salud pública constituyen uno de los principales medios de la sociedad para mejorar o restablecer su bienestar y dar así continuidad a sus actividades productivas. Garantizar un nivel aceptable de salud para toda la población es una responsabilidad básica del gobierno. Sin embargo, como se verá más adelante, esta responsabilidad no significa que el gobierno deba producir necesariamente los servicios de salud.<sup>3</sup>

2 Para la Organización Mundial de la Salud los años de vida sana son aquellos de buena salud que, cabe prever, vivirá un recién nacido en función de las tasas de morbilidad y de mortalidad del momento en cada país.

3 Sánchez (2000).

## II. Diagnóstico de la Salud Pública en México

### II. 1 Avances

El sistema de salud pública en México tiene como pilares la asistencia pública y la seguridad social. La asistencia pública con financiamiento público surgió como una función obligatoria del Estado en la década de los treinta cuando la salud se estableció como un derecho de todos los individuos. En 1937 se creó la Secretaría de Asistencia Pública para dar atención médica a todos los sectores de la población y en 1943 se fusionó con el Departamento de Salubridad para formar la Secretaría de Salubridad y Asistencia.<sup>4</sup> Por otra parte, la seguridad social se creó en los cuarenta para atender las demandas médicas de los trabajadores de los sectores formales de la economía.

En 1943 se fundó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) mediante un financiamiento tripartito (trabajadores-empresas-gobierno) para apoyar la industrialización del país bajo un modelo de economía cerrada con sustitución de importaciones y con una política de subsidios a la producción. Ante la creciente participación del Estado en la economía y el incremento de su burocracia se creó en 1959 el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabaja-

dores del Estado (ISSSTE). Posteriormente, Petróleos Mexicanos (Pemex) y la Comisión Federal de Electricidad (CFE) desarrollaron sistemas de seguridad social, así como la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina, entre otras.

Mediante el sistema público se han logrado avances importantes en las condiciones de salud. Entre 1950 y 2000, a pesar de que la población se multiplicó por 3.8 y con ello la demanda de servicios, el sistema de salud pública logró la prevención y la erradicación de enfermedades infecciosas. Las campañas de vacunación han permitido una cobertura de 97.7% en el programa básico de inmunizaciones que está en la Cartilla Nacional de Vacunación, cuando hace diez años sólo se llegaba a 82.0% de la población. De esta forma, en México no se presentan nuevos casos de polio y difteria en más de una década y de viruela en 50 años; y en 2001 hubo muy pocos casos de tétanos neonatal y por primera vez en la historia no hubo casos nuevos de sarampión. Además, existen ya vacunas para varicela y neumococo,<sup>5</sup> si bien su difusión es aún limitada por su elevado costo.

### Indicadores de Mortalidad para México, 1950-2025

	Esperanza de vida al nacer, años	Mortalidad todas las causas, por cada 1,000 hab.	Enfermedades transmisibles de la nutrición y de la reproducción, %	Enfermedades no transmisibles, %
1950	49.6	16.0	49.8	43.7
1960	57.9	11.5	46.3	47.1
1970	61.7	10.0	57.3	34.7
1980	67.0	6.7	34.4	49.8
1990	71.4	5.0	26.2	59.8
2000	75.3	4.5	14.0	73.3
2010	78.1	4.2	12.5	73.0
2025	81.2	5.0	10.1	77.8

Fuente: CONAPO y OMS

4 Secretaría de Salud a partir del 21 de enero de 1985.

5 El neumococo es un germen que produce meningitis, otitis y neumonía; afecta principalmente a los menores a dos años y a los mayores de 60.

Las medidas preventivas de salud pública y la incorporación de nuevos medicamentos y tecnologías han contribuido a reducir la mortalidad y a elevar la esperanza de vida al nacer. Según el Consejo Nacional de Población, entre 1950 y 2000 la tasa de mortalidad pasó de 16.0% a 4.5% y la esperanza de vida al nacer de 49.6 a 75.3 años. En el cuadro siguiente se presentan los avances logrados durante los últimos 50 años y algunas proyecciones sobre las tendencias para los próximos 25 años.

A mediano plazo se mantendrán las actuales tendencias en la esperanza de vida y la tasa de mortalidad de la población, pero con un ritmo de avance menor al pasado. Sin embargo, las tasas de mortalidad por tipo de enfermedad revelan dos situaciones importantes: a) se mantendrá el control de las enfermedades transmisibles,

pero no así el de las no transmisibles —por ejemplo, cardiovasculares, neoplasias y metabólicas; b) el continuo incremento de las tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles permite pensar que será necesario contar con una mejor infraestructura médica y que se requerirá una pronta reconversión de los sistemas de salud pública, hoy especializados en la atención de enfermedades transmisibles.

## II.2 Limitaciones

Los avances en las condiciones de salud han contribuido a la formación de capital humano en el país y a crear las bases para un mayor desarrollo económico. Sin embargo, las deficiencias en materia de cobertura y calidad no permiten que el sistema de salud mexicano sea competitivo en términos internacionales.

### Indicadores Internacionales de Salud

	Esperanza de vida sana, años*	Gasto total en salud, % del PIB	Gasto total por habitante en salud, dólares	Desempeño global del sistema de salud, posición	Equidad financiera, posición
Estados Unidos	67.2	13.0	3,915.0	37	54
Alemania	69.4	10.5	2,225.0	25	6
Canadá	70.0	9.0	2,183.0	30	17
Australia	71.5	8.4	1,950.0	32	28
Francia	70.7	9.4	1,905.0	1	26
Japón	73.8	7.4	1,783.0	10	9
Italia	71.2	7.7	1,603.0	2	46
Reino Unido	69.9	6.7	1,457.0	18	10
España	70.6	7.1	1,104.0	7	27
Argentina	63.9	8.0	995.0	75	92
República Checa	65.6	7.1	870.0	48	71
Chile	65.5	7.2	642.0	33	168
Polonia	61.8	6.1	465.0	50	150
Arabia Saudita	59.5	4.0	461.0	26	37
Brasil	57.1	6.5	454.0	125	189
Costa Rica	65.3	7.0	448.0	36	64
<b>México</b>	<b>64.2</b>	<b>5.4</b>	<b>443.0</b>	<b>61</b>	<b>144</b>
Colombia	60.9	9.3	433.0	22	1
Omán	59.7	3.2	327.0	8	56
Venezuela	62.3	4.6	289.0	54	98
Perú	58.8	4.0	188.0	129	184
China	62.1	4.2	127.0	144	188

\* Se entiende como el equivalente a los años de buena salud que se espera vivirá un recién nacido en función de las tasas de morbilidad y de mortalidad del momento

Fuente: Informe sobre Salud en el Mundo 2001. OMS, con información de 1997

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su *Reporte de Salud Mundial 2000*, el sistema de salud de México ocupa la posición 61 de un total de 191; otros países con un gasto en salud por habitante en dólares similar o inferior al de nuestro país (\$443) como Oman (\$327), Arabia Saudita (\$461), Costa Rica (\$448) y Polonia (\$465), tienen un mejor desempeño y ocupan mejores posiciones: 8, 26, 36 y 50, respectivamente.<sup>6</sup> La OMS señala en su *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001* que México ocupa la posición 42 de un total de 191 por el número de años de vida sana de su población (64.2 en promedio) y sus principales socios comerciales, Canadá y Estados Unidos, ocupan los lugares 17 y 28 con 70.0 y 67.2 años.<sup>7</sup>

La falta de competitividad del sistema de salud mexicano refleja las deficiencias en cobertura y calidad en el ámbito interno de los servicios de salud pública. Por una parte, la cobertura del sistema de salud pública es insuficiente y desigual y, por otra, la atención médica presenta una calidad muy heterogénea.

### a) Cobertura

La cobertura legal del sistema es 89% según la Secretaría de Salud. Sin embargo, la segmentación en la oferta de servicios entre las instituciones públicas no permite que esta cobertura sea necesariamente la real por los traslapes que existen entre los grupos de usuarios que atienden las instituciones y porque hay una creciente participación de los servicios privados ante las deficiencias en los servicios públicos. No obstante que el sector público cuenta con una más amplia infraestructura médica que el sector privado, Frenk y González-Block estiman que el sistema de salud pública deja sin atención hasta a un tercio de la población y sólo atiende a 40% de la demanda total de servicios de salud.<sup>8</sup>

Por otra parte, las instituciones de población abierta y seguridad social presentan desequilibrios financieros y ello limita los beneficios para sus usuarios.<sup>9</sup> Por ejemplo, las instituciones que dan cobertura a los sectores formales de la economía emplean a 56.5% de los médicos que laboran en el sector público y cuentan con 54.7% del total de camas censables, por lo que el número de médicos y camas por cada 100 mil habitantes o derechohabientes es mayor en las instituciones de seguridad social que en las de población abierta: 134.1 vs. 115.9 en médicos y 71.2% vs. 66.2% en camas. La disparidad es más evidente si, por ejemplo, se compara al IMSS-Solidaridad —atiende a grupos marginados en la población abierta— con el IMSS, el ISSSTE o Pemex. El IMSS-Solidaridad sólo cuenta con 50.7 médicos por cada 100 mil habitantes y las otras instituciones, 114.9, 177.7 y 368.8, respectivamente.

La falta de recursos en los servicios públicos de salud es más notoria en las zonas rurales. Por ejemplo, el promedio nacional de camas y médicos por cada 100 mil habitantes del sistema nacional de salud pública es de 77.5 y 141.2, respectivamente, pero el número de camas y médicos es mucho menor en las entidades federativas de menor PIB por habitante; en Oaxaca, Guerrero y Chiapas el promedio es de 47.6 camas y 102.2 médicos. En las entidades urbanizadas de mayor PIB por habitante —Distrito Federal, Nuevo León y Jalisco— el promedio de camas y médicos en 2000 fue de 125.9 y 209.4, respectivamente. Por lo anterior la esperanza de vida y las tasas de mortalidad en el país se distribuyen de manera desigual: las entidades federativas más pobres presentan las condiciones más desfavorables. En especial, la zona sur presenta más problemas por los rezagos en la cobertura.

6 El primer lugar lo ocupa Francia y el último Sierra Leona.

7 En esta clasificación, el primer lugar lo ocupa Japón con 73.8 años y el último Sierra Leona con 29.5 años.

8 Ver Solís (1999).

9 La Secretaría de Salud estima que existe una población abierta de 56 millones de personas. Las personas de la población abierta son aquellas no afiliadas a ninguna institución de seguridad social, como el IMSS o el ISSSTE.

**Indicadores de Recursos y Servicios por Institución de Salud Pública en México, 2000**

	Médicos	Consultorios	Hospitales	Camas censables	Consultas diarias por médico	Por cada 100,000 habitantes		
						Médicos*	Consultorios*	Camas*
Nacional	140,629	51,492	997	77,144	7.9	141.2	51.7	77.5
Población abierta	61,220	28,236	514	34,958	6.5	115.9	53.5	66.2
Secretaría de Salud	54,293	23,395	420	31,487	6.0	129.6	55.9	75.2
IMSS-Solidaridad	5,541	4,193	69	1,994	12.6	50.7	38.4	18.3
Otros	1,386	648	25	1,477	2.8	3.3	1.5	3.5
Pob. derechohabiente	79,409	23,256	483	42,186	9.1	134.1	39.3	71.2
IMSS	53,473	14,089	257	28,622	11.0	114.9	30.3	61.5
ISSSTE	17,886	5,313	102	6,745	5.5	177.7	52.8	67.0
Pemex	2,386	1,538	23	980	8.3	368.8	237.7	151.5
Sedena	1,753	1,053	37	3,885	6.7	358.1	215.1	793.7
SM	829	408	34	732	5.5	443.2	218.1	391.4
Estatales	3,082	855	30	1,222	7.6	235.6	65.4	93.4

\* Datos por población objetivo o legal  
Fuente: Secretaría de Salud

**Indicadores de Salud Pública por Entidad Federativa, 2000**

	Por cada 100,000 habitantes				Por cada 100,000 habitantes				
	Mortal.	Camas	Médicos	Consultorios	Mortal.	Camas	Médicos	Consultorios	
Quintana Roo	2.9	64.3	160.7	60.8	<b>Nacional</b>	<b>4.3</b>	<b>77.5</b>	<b>141.2</b>	<b>51.7</b>
México	3.4	53.1	87.7	33.1	Guanajuato	4.3	50.7	93.8	33.7
Baja California	3.5	64.3	136.4	40.9	Tamaulipas	4.3	96.7	159.1	54.5
B. California Sur	3.6	142.0	291.8	93.3	Tlaxcala	4.3	50.1	135.1	45.9
Aguascalientes	3.7	80.8	164.2	57.1	Chiapas	4.4	45.1	101.7	49.6
Tabasco	3.7	72.1	177.9	67.1	Sinaloa	4.4	75.9	134.8	48.9
Nuevo León	3.8	94.8	152.3	57.8	Durango	4.5	80.2	155.4	60.9
Querétaro	3.8	54.0	130.0	45.8	Hidalgo	4.7	54.5	119.7	55.2
Coahuila	4.0	102.1	168.3	58.1	Michoacán	4.7	46.6	99.5	40.6
Sonora	4.0	104.8	169.3	56.7	Nayarit	4.7	72.2	151.6	64.1
Campeche	4.1	93.7	183.2	92.4	Puebla	4.7	65.5	104.1	42.5
Chihuahua	4.1	76.7	120.3	47.1	Guerrero	4.8	50.6	110.2	56.7
Colima	4.2	98.3	187.5	76.1	San Luis Potosí	4.8	56.7	104.5	43.8
Distrito Federal	4.2	189.2	327.4	91.0	Veracruz	4.8	59.4	120.3	51.8
Jalisco	4.2	93.6	148.4	49.1	Zacatecas	4.9	49.2	112.2	48.5
Morelos	4.2	53.1	128.0	46.6	Yucatán	5.1	89.2	159.7	49.1
<b>Nacional</b>	<b>4.3</b>	<b>77.5</b>	<b>141.2</b>	<b>51.7</b>	Oaxaca	5.4	47.1	94.7	49.8

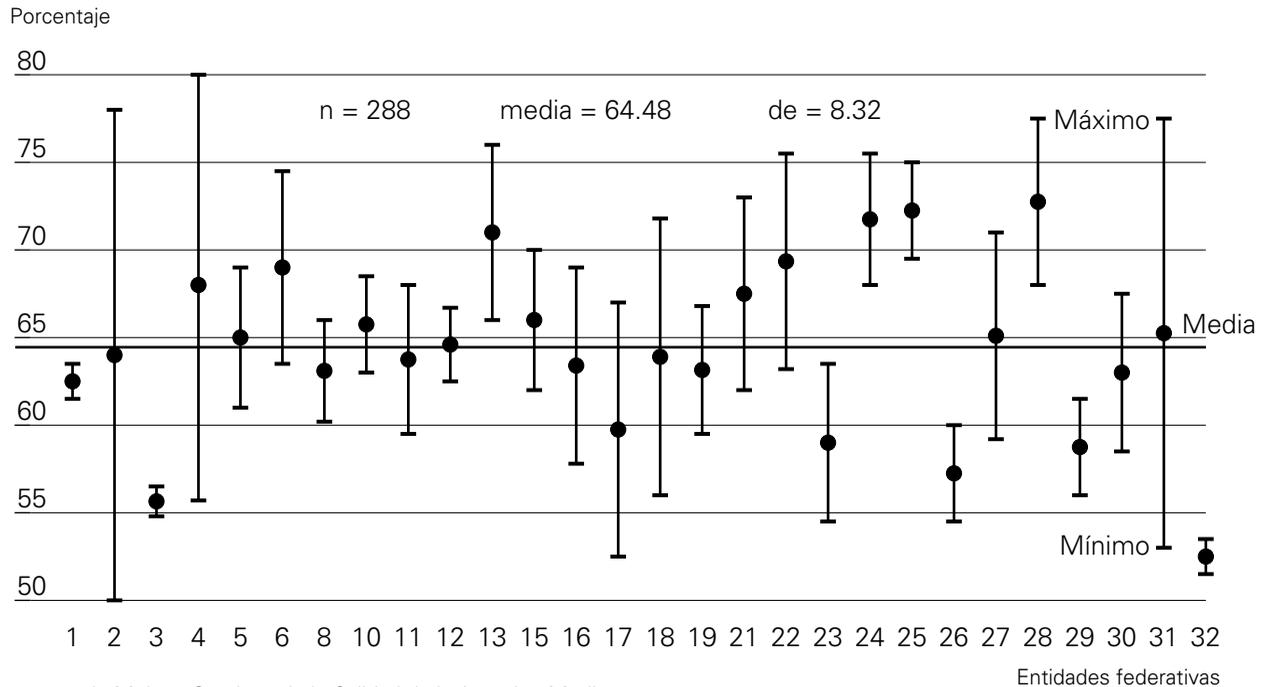
Mortal. Tasa de mortalidad  
Fuente: Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud (2001).

**b) Calidad**

La calidad del sistema nacional de salud pública es en promedio baja y muy heterogénea. La Secretaría de Salud estima que entre 1997 y 2000 la calidad, en una escala de 0 a 100, fue

de 68.5 para hospitales y de 52.2 para los centros de atención ambulatoria: la desviación estándar o dispersión estadística alrededor de estos valores medios fue de 8.3 y 10.8 puntos, respectivamente.

**Nivel de Calidad en Hospitales • 1997 - 2000**



Fuente: Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica, Secretaría de Salud 1997-2000

Los usuarios consideran como uno de los principales problemas del sistema de salud la mala calidad del servicio.<sup>10</sup> De hecho, los problemas de acceso y la falta de confianza en la calidad de las instituciones públicas explican por qué la población de escasos recursos utiliza los servicios privados hasta en un tercio de su demanda médica.<sup>11</sup> Sólo 12.7% de los hospitales públicos está certificado con normas de calidad y el de-

sabasto promedio de medicamentos en el país es de 25%.<sup>12</sup> Además, el ausentismo del personal, la mala organización y los elevados tiempos de espera son problemas comunes dentro de los sistemas públicos de salud. Por ejemplo, los usuarios de población abierta y seguridad social esperan en promedio 30 y 40 minutos más que los de instituciones privadas para ser atendidos en una consulta.<sup>13</sup>

10 Según la Fundación Mexicana para la Salud, los problemas más importantes de los servicios de salud en México son su costo, la insuficiencia de recursos y la mala calidad.  
11 Ver Frenk y González-Block en Solís (1999).

12 Sara Ruiz, "Abren seguro popular con bajas expectativas", *Reforma*, Sección Nacional, 25 de febrero de 2002.  
13 Ver Fundación Mexicana para la Salud (1994).

### II.3 Causas de los Problemas

Los problemas de cobertura y calidad en los servicios de salud pública se derivan de un modelo que, por una parte, al subsidiar la oferta, no da los incentivos adecuados para una asignación eficiente de los recursos y, por otra, no define ni protege claramente los derechos de los usuarios.

El Estado mexicano, ante su responsabilidad constitucional de garantizar a la población el acceso a la salud, ha optado por proveer directamente el servicio. Para ello construye y da mantenimiento a instalaciones hospitalarias, contrata personal médico y de enfermería, y adquiere los insumos y las medicinas necesarios. Adicionalmente, bajo un concepto amplio de seguridad social,<sup>14</sup> las instituciones cuentan con una importante cantidad de recursos materiales y humanos no directamente relacionados con la provisión de servicios médicos, para los cuales, en principio, fueron exclusivamente creadas. Por ejemplo, centros deportivos, guarderías, supermercados, teatros, balnearios y velatorios.

En general, los ingresos de las instituciones de salud pública están legalmente garantizados y se asignan mediante partidas presupuestales elaboradas prospectivamente con base en la evolución histórica. El manejo presupuestal se basa en un sistema contable de costos unitarios para cada tipo de servicio —incluye costos administrativos, operativos y directos— a partir del cual se calcula el número de servicios que otorgará cada una de las unidades médicas, determinando así sus metas. Finalmente, la remuneración del personal se realiza conforme a salarios dentro de tabuladores fijos.

Del marco legal para la asignación de los recursos presupuestales se desprenden incentivos que funcionan en contra de la minimización de los

costos y del uso eficiente de los recursos: a) las transferencias presupuestales con base en el comportamiento histórico proveen poca flexibilidad y una inercia en la asignación de los recursos y en la consecución de metas; b) las unidades médicas no tienen incentivos para lograr eficiencias que puedan generar un ahorro de recursos, porque éste se “premia” con una menor asignación presupuestal en períodos subsecuentes; c) la garantía legal de recursos bajo el gobierno federal, junto con la penalización del ahorro en una asignación presupuestal intertemporal, desincentivan la consecución de resultados financieros sólidos; d) en las empresas públicas los errores financieros se trasladan al erario público, sin necesidad de cancelar operaciones; e) la multiplicidad de objetivos dentro de la seguridad social dificulta la rendición de cuentas, aumenta los costos de operación y conlleva al crecimiento de la burocracia.

De la configuración de los medios de pago a los administradores y proveedores médicos se desprenden también incentivos que funcionan en contra del uso eficiente de los recursos: a) en contraste con las empresas privadas, donde los administradores son premiados o castigados por su desempeño, en las públicas se puede premiar el compadrazgo o el arreglo político, entre otras cosas; b) la remuneración del personal no vinculada con la productividad individual no induce un esfuerzo laboral vigoroso y sostenido; c) existen incentivos “perversos” contra la eficiencia productiva, ya que es común que en las instituciones públicas el personal más eficiente sea “premiado” con más trabajo y el menos eficiente “castigado” con menores cargas laborales; d) el personal no es recompensado por lograr ahorros en sus centros de trabajo y, por tanto, tiene pocos incentivos para reducir los costos unitarios; e) el crecimiento de la burocracia y la presencia de poderosos sindicatos en estas instituciones actúa en contra de la flexibilidad laboral, el cambio tecnológico y la remuneración de la mano de obra con base en su productividad.

14 Por ejemplo, entre los múltiples objetivos del IMSS como institución de seguridad social figuran: proteger a los derechohabientes contra la enfermedad, invalidez, vejez y muerte, pero también aumentar el ingreso familiar, cultivar aficiones artísticas y culturales y propiciar una mejor utilización del tiempo libre.

La falta de procedimientos para el control de cuentas y los elevados costos de supervisión y vigilancia favorecen la corrupción y el desperdicio de recursos en las entidades públicas; lo anterior, junto con la ausencia de incentivos para controlar los costos y hacer una asignación eficiente de los recursos, explica por qué las instituciones de servicios públicos de salud tienen costos de operación crecientes y crisis financieras ante

los menores ingresos presupuestales que amenazan su viabilidad futura y con ello la cobertura de sus servicios. El IMSS, por ejemplo, a lo largo de casi toda su historia ha presentado un déficit en su seguro de enfermedades y maternidad,<sup>15</sup> el cual ha sido cubierto transitoriamente con incrementos en las contribuciones y de manera regular con el superávit de otros seguros.<sup>16</sup>

**Déficit y Superávit del IMSS por Ramo de Seguro • Millones de pesos**

País	Enfermedades y maternidad	Riesgos de trabajo	IVCM*	Guarderías	Seguro para la familia
1980	-4.30	0.40	18.10	3.60	
1981	-8.50	2.20	44.90	5.10	
1982	-17.40	7.00	34.90	7.40	
1983	-47.40	-4.50	44.90	10.70	
1984	-64.50	-12.50	69.50	16.00	
1985	-60.40	-17.40	118.10	29.20	
1986	-23.20	-34.60	76.80	44.10	
1987	-133.70	-54.10	138.00	84.40	
1988	-1,139.60	-145.50	1,103.00	200.70	
1989	892.40	-180.50	-638.00	343.50	
1990	202.80	92.40	88.40	457.70	
1991	-255.50	146.60	620.30	549.20	
1992	-703.32	170.11	999.90	696.63	
1993	-802.35	87.17	621.57	783.66	
1994	794.84	149.30	522.75	993.28	
1995	-384.81	281.02	-108.32	1,061.57	
1996	-1,146.50	197.29	746.23	1,565.17	
1997	-47.69	2,372.44	2,808.45	906.14	76.58
1998	1,090.70	4,096.11	-40.75	444.56	223.41
1999	-1,672.22	5,256.28	1,257.79	398.61	-232.20
2000	-799.52	4,238.95	637.37	786.56	-430.45

\* Seguro de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte. En 1997, la Ley del SAR limitó la responsabilidad financiera del IMSS en el IVCM a casos de invalidez y muerte, en tanto que cesantía en edad avanzada y vejez se cubren con los recursos del SAR

Fuente: IMSS

En lo que se refiere a la demanda, los consumidores o derechohabientes no cuentan en general con el derecho de elegir al médico o a la unidad de atención de su preferencia. En especial, dentro de los institutos de seguridad social, los derechohabientes son asignados a unidades de atención médica en función de la zona postal donde residen. De esta forma, los incentivos económicos para una atención de alta calidad son pocos porque los ingresos del personal no dependen de la satisfacción de los usuarios y porque éstos no pueden castigar o premiar con su demanda la calidad del servicio que reciben. Para los usuarios las únicas alternativas bajo la actual organización

en México son: aceptar el servicio médico tal y cual se proporciona o acudir a la medicina privada. Por lo anterior, no es sorprendente observar que ante los pocos incentivos para una atención de alta calidad y la heterogeneidad de ésta en las instituciones de salud pública, los usuarios opten cada vez más por los servicios privados.

15 El seguro médico para la familia instrumentado a partir de 1997 presentó ya un déficit en 1999 y 2000.

16 Esta situación ha distorsionado el uso de los recursos del Instituto y en el caso del Seguro de Invalidez, Vejez, Cesantía en Edad Avanzada y Muerte (IVCM) —ante su desequilibrio actuarial por la falta de reservas técnicas— fue necesario sustituir el sistema de reparto por uno de capitalización individual. Ver Solís Soberón, "Las Pensiones", en Solís (1999).

### III. Alternativas de Solución

Los servicios de salud pública en México padecen deficiencias en cobertura y calidad debido a su marco institucional. Por una parte, se subsidia a la oferta de servicios mediante la intervención directa del Estado, pero, al igual que en otros casos de paraestatalidad, los recursos no se asignan eficientemente. Por otra parte, no hay incentivos para una atención de alta calidad porque los proveedores médicos no son remunerados en función de la satisfacción de los usuarios y porque en última instancia éstos no cuentan con un medio efectivo para premiar o castigar la atención que reciben. Ante este problema existen tres alternativas:

#### **a) Mantener el “Status Quo”**

Esta opción no es viable a largo plazo porque agravaría las condiciones financieras de las instituciones de servicios públicos de salud y el deterioro en la cobertura y la calidad de los servicios que reciben los usuarios. Además, esta alternativa conduce a un mayor incumplimiento del precepto constitucional de que toda persona tiene derecho a la protección a la salud.

#### **b) Mejorar los Medios de la Gestión Pública bajo el Modelo de Oferta**

Esta alternativa implica que bajo el modelo de subsidio a la oferta se introduzcan algunos procedimientos de gestión —instrumentos que vinculan las metas de actividad con el presupuesto de las entidades públicas— a fin de propiciar cambios en la administración pública que lleven a una mayor transparencia y a la rendición de cuentas. Los medios de gestión en última instancia tratan de simular condiciones de mercado para las instituciones públicas, a fin de que las fuerzas de la competencia puedan llevar a una asignación eficiente de los recursos y a menores costos de producción de los servicios. Por ejemplo, el que con base en el número de consultas en una clínica puedan asignarse partidas presupuestales puede brindar incentivos para que dicha clínica busque ampliar su cobertura.

Sin embargo, los mecanismos de “mercado” aplicados sólo por el lado de la oferta son conceptualmente limitados porque no resuelven los problemas de incentivos individuales en contra de la eficiencia productiva derivada de la inflexibilidad laboral y de una remuneración independiente de la productividad y el esfuerzo personal. Además, bajo este sistema, si bien puede haber asignaciones más eficientes de los recursos presupuestales, no es claro que puedan motivar mejoras substanciales en la calidad de los servicios públicos porque los demandantes no tienen la libertad de elegir al proveedor de su preferencia y con ello, la posibilidad de trasladar un castigo efectivo a los proveedores de salud pública con calidad deficiente. Según Cercone (2000), en la práctica los mecanismos de gestión, si bien orientados en la dirección correcta, presentan un alcance bastante modesto.

Los problemas de los sistemas de salud pública orientados a la oferta no son exclusivos de México. En las últimas dos décadas en distintos países que emplean esta forma de servicio se han realizado reformas orientadas a hacer que “el dinero siga al paciente”, sustituyendo así los subsidios a la oferta por otros a la demanda. Una idea central detrás de estas reformas es tratar de asegurar una mayor cobertura para las clases económicamente desprotegidas, pues si bien en la experiencia internacional los servicios de salud brindados por el sector público han estado tradicionalmente orientados a los grupos de menores ingresos, son en la práctica más empleados por los sectores con ingresos mayores.<sup>17</sup>

#### **c) Adoptar un Modelo de Demanda con Descentralización de la Oferta**

Este enfoque implica el diseño de un sistema descentralizado de servicios de salud pública en el cual la atención a las necesidades de la población se base en criterios menos burocráticos. La idea es que mediante una red de

17 Ver Maceira (1998) y Organización Mundial de la Salud (2000).

contratos orientados a los usuarios se pueda contar con la competencia entre los proveedores de servicios y, en algunos casos, entre las fuentes de financiamiento. Para la operación de este sistema se parte de la premisa de que la parte mejor calificada para evaluar la calidad de los servicios de salud pública es el consumidor y por ello su libertad para elegir al proveedor de servicios médicos de su preferencia juega un papel clave.

El respeto a la libertad de elección de los consumidores es una condición necesaria para lograr resultados competitivos en cualquier mercado —la salud no es la excepción— porque introduce un medio efectivo para que los usuarios premien o castiguen a los proveedores de los servicios. Este modelo brinda como ventajas condiciones suficientes para una asignación eficiente de los recursos e incentivos para la calidad.

Alemania y Chile son ejemplos representativos de países donde con resultados eficientes se aplican sistemas de demanda para la provisión de los servicios de salud pública, pero en los últimos seis años en los Estados Unidos —con un sistema predominante de servicios de salud privado— se ha desarrollado un modelo de cuentas de ahorro individual para gastos de salud que se considera como una promisoría alternativa a los actuales programas de salud pública que ya presentan importantes presiones financieras. Comparado con los modelos alemán y chileno, el sistema de cuentas de ahorro individual ofrece una mayor libertad de elección para los consumidores.

### 1. Alemania

El sistema de salud de Alemania es uno de los más antiguos del mundo (1883). La base del sistema de salud lo conforman las cajas de salud obligatorias, las cuales afilian a más del 90% de la población. En estas instituciones se ofrece a todos sus afiliados por ley las mismas prestaciones básicas y su financiamiento se basa en contribuciones laborales obligatorias y en aportaciones patronales. La mitad del aporte mensual

lo paga el trabajador y la otra mitad, el empleador. El Estado paga a las cajas de salud los aportes de las personas que no cuentan con ingresos propios. Toda la población tiene seguro médico porque la afiliación a una caja de salud obligatoria puede realizarse a partir de un ingreso bruto mensual de 3.375 euros. El monto límite de ingresos a efectos de la obligatoriedad de afiliación es adaptado todos los años a la evolución de los ingresos. Cada asegurado puede elegir la caja obligatoria que más le agrade e independientemente del lugar donde viva, exceptuando las cajas especializadas en el seguro de salud de los mineros, los marinos y los agricultores.

La población también tiene libertad de asegurarse en una caja de salud privada. En estas, la cuota mensual no depende del monto de ingresos del asegurado, sino de las prestaciones que éste desea y del riesgo particular que tiene de enfermarse —las personas jóvenes pagan menos que personas de más edad y personas sanas menos que aquéllas que sufren de enfermedades crónicas o alergias. También existen cajas de salud empresariales, que en un principio fueron fundadas para asegurar sólo a los trabajadores de las empresas, pero que desde algunos años también aceptan asegurados externos.

En Alemania, los afiliados que quieran cambiar de caja de salud lo pueden hacer, desde el 1 de enero de 2002, en cualquier momento, observando un plazo de preaviso para rescindir el contrato que va de ocho a doce meses. Esta libertad del consumidor genera incentivos para que las cajas de salud tanto obligatorias como privadas compitan en primas y coberturas adicionales a las del plan de servicios de salud básico legal.

### 2. Chile

El sistema de salud pública del país consiste de un Ministerio de Salud (MINSAL), una red de agencias de salud (AS), el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Instituto de Salud Pública (ISP), el Centro Nacional de Abastecimiento (CENABAST) y la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). El MINSAL es la entidad

reguladora y de supervisión del sistema, las SA se encargan de ofrecer servicios de salud en zonas geográficas específicas, el FONASA es una entidad financiera responsable de recolectar, administrar y distribuir los recursos fiscales y las contribuciones laborales obligatorias de los trabajadores dentro del sistema, el ISP controla la calidad de los medicamentos y el CENABAST realiza la compra de insumos médicos para la red médica del sistema público. Finalmente, la Superintendencia de ISAPRE supervisa el funcionamiento de las ISAPRE —organismos privados— y resuelve sus controversias con los beneficiarios.

En el país es obligatorio que los trabajadores activos y pasivos a coticen un 7% de su ingreso para afiliarse junto con sus dependientes a un sistema de seguro de salud. La afiliación puede ser al subsistema público a través del FONASA, el cual opera con un esquema seguridad social, o bien al subsistema privado, el cual ofrece seguros de salud individuales a través de las ISAPRE. La elección entre los sistemas es voluntaria. La atención médica bajo el sistema estatal se brinda en dos modalidades: institucional y libre elección. En la institucional la atención es abierta a la población y gratuita en el primer nivel de atención, en tanto que, la atención hospitalaria requiere de un copago. La modalidad de libre elección es complementaria a la institucional y se brinda sólo a los cotizantes y a sus dependientes familiares.

El sistema de salud de ISAPRE opera como un seguro de salud individual privado en que los beneficios ofrecidos son una función de la prima y del nivel de riesgo médico de los asegurados. Sin embargo, la obligación de cotizar el 7% de los ingresos permite que la ISAPRE brinde un plan de seguro de salud que relaciona el gasto esperado con los pagos efectuados. Los planes de seguro ofrecidos por las ISAPRE especifican porcentajes de reembolso sobre las tarifas cobradas por los prestadores de salud. El conjunto de proveedores médicos privados se conforma por clínicas, hospitales, profesionales independientes que atienden a los asegurados de las ISAPRE y a los cotizantes del subsistema pú-

blico a través de la modalidad de libre elección. En términos de cobertura, las ISAPRE deben ofrecer por lo menos los mismos beneficios que el sistema público de salud.

### 3. Estados Unidos

Los programas de salud pública cubren al 40% de la población y los más importantes son Medicare y Medicaid. Medicare es el programa público federal más importante y cubre a las personas mayores de 65 años y algunas otras con problemas de incapacidad. Los gastos hospitalarios de este sistema se financian con un impuesto a la nómina, presupuesto federal y primas pagadas por los beneficiarios. Adicionalmente los pacientes de Medicare pagan deducibles. Medicaid, por su parte, es un programa conjunto entre la federación y los estados que cubre a madres con hijos dependientes, a personas pobres en edad avanzada y personas discapacitadas. Sin embargo, el sistema de salud del país descansa principalmente en un mercado privado en el que el 80% de la cobertura de los servicios de salud se ofrece a través de prestaciones laborales con seguros privados de grupo que son contratados por las empresas. Sin embargo, como otra modalidad dentro del esquema de aseguramiento privado, el Congreso de los Estados Unidos aprobó en junio de 1996 una iniciativa para establecer cuentas de ahorro individual para gastos médicos en empresas de hasta 50 trabajadores y autoempleados.

La idea detrás de la iniciativa en el Congreso fue que el dinero que los patrones emplean para pagar una costosa prima por un seguro médico con amplios beneficios —el cual ofrece fuertes incentivos para un sobre uso en la atención médica— fuera sustituido por la compra de un seguro de gastos médicos mayores que es más barato y que de esta forma los ahorros en relación con el seguro médico tradicional fueran guardados en cuentas de ahorro individual de salud para los empleados, quienes luego pueden usarlos para gastos médicos menores. Sin embargo, una vez que los recursos son agotados, los empleados son responsables por el pago de sus gastos

médicos hasta el límite donde el seguro de gastos médicos mayores entra en funciones. Además, todos los recursos remanentes en la cuenta de ahorro pertenecen al empleado.

Ante las presiones financieras de que son objeto Medicare y Medicaid se ha propuesto que dichos programas se reformen y que una alternativa para ello sean las cuentas de ahorro

individual para gastos de salud, las cuales se aplican con buenos resultados en diversas empresas y estados como Arizona, Colorado y Michigan,<sup>18</sup> pues éstas permiten devolver el control de los gastos médicos al consumidor, reducir costos y evitar el racionamiento de la atención médica bajo los programas públicos de salud.<sup>19</sup>

18 Peter J. Ferrara, "More than a Theory: Medical Savings Accounts at Work" Policy Analysis No. 220, Cato Institute, March 14, 1995.

19 Cynthia Ramsay, "Medical Savings Accounts: Universal, Accesible, Portable and Comprehensive Health Care for Canadians", Critical Issues Bulletin, The Fraser Institute, Canada, 1998.

## Propuestas

En nuestra opinión, el marco institucional de provisión de servicios de salud pública requiere un cambio sustantivo en su modelo de atención a la población para generar incentivos económicos que permitan avanzar hacia una solución permanente de los problemas de cobertura y calidad que presentan. En particular se propone:

- **Crear un Sistema de “Cuentas Individuales de Ahorro Médico” (CIAM)**

Las cuentas de ahorro médico brindan a las personas un instrumento efectivo para acumular saldos monetarios que permitan financiar gastos catastróficos por eventos de enfermedad. Las cuentas deben ser individualizadas para permitir un transparente control de los recursos y que los cuentahabientes asuman plena responsabilidad por el manejo de los mismos. Se propone que las cuentas CIAM tengan dos apartados: el primero destinado a un ahorro obligatorio de recursos para financiar una póliza de seguro de gastos médicos mayores (SGMM) y la segunda, una vez adquirida esta póliza, para complementar los gastos médicos menores de los cuentahabientes. Los recursos en la subcuenta de gastos médicos menores son propiedad de los cuentahabientes y ellos pueden elegir cómo consumirlos de acuerdo con sus preferencias y necesidades. Una vez agotados estos recursos será responsabilidad del cuentahabiente financiar la totalidad de sus gastos médicos menores.

El CIAM tendría como principal ventaja permitir que cada persona decida lo que es mejor para su salud, pues con los recursos en el CIAM cada persona puede adquirir la póliza de SGMM más apropiada a su presupuesto y tener una mejor percepción de los costos de su estilo de vida y de las decisiones de consumo que pueden afectar sus gastos médicos menores. El sistema brinda así fuertes incentivos para un control de gastos por parte de las personas y que éstas traten permanentemente de hacer la mejor inversión posible en su salud a través de una atención

médica preventiva y de alta calidad. El diseño individual del sistema CIAM permite que los planes de salud acompañen a las personas durante toda su vida y en las actividades económicas que desempeñan.

- **Hacer Obligatoria la Inscripción y Contribución al Sistema CIAM**

La inscripción y contribución al sistema debe ser obligatoria para que se pueda garantizar una cobertura universal de protección a la salud a través del sistema CIAM. Se propone que todas las personas en mayoría de edad solas o con dependientes, realicen una contribución obligatoria a la subcuenta de gastos médicos mayores, pero que además tengan la opción de realizar aportaciones voluntarias tanto a esa cuenta como a la de gastos médicos menores.

La posibilidad de una aportación voluntaria al sistema permite que cada persona pueda de forma efectiva controlar su inversión en capital humano y que pueda internalizar todos los beneficios de una cuidadosa planeación médica.

- **Permitir la Libre Elección de Planes de Salud**

La libre elección de planes de salud permite una efectiva protección a la salud y a los derechos de los pacientes. Como en cualquier otro mercado, la libertad de elección de un producto o servicio ofrece fuertes incentivos económicos para que los proveedores de dicho bien o servicio compitan en precio, cobertura y calidad para tratar de afiliar a sus clientes, el mercado de la salud no es la excepción.

La libre elección de los planes de salud brinda a los pacientes un mecanismo efectivo para que éstos puedan proteger sus derechos y exigir cuentas a sus proveedores de servicios médicos, pues como en otros mercados los pacientes podrían con su demanda “premiar” o “castigar”

la calidad de la atención médica que reciben. En México, existe una rica gama de alternativas entre las cuales los consumidores pueden elegir contratar sus planes de salud: compañías administradoras de servicios de salud, Instituciones de Seguros Especializados en Salud (ISES), compañías aseguradoras o bien médicos en el ejercicio libre de su profesión.

- **Completar el Financiamiento del CIAM a la Población de Bajos Recursos**

El financiamiento del CIAM a la población de bajos recursos tiene por objeto contribuir de manera solidaria a la acumulación del capital humano de estas personas para que posteriormente puedan incorporarse a las actividades productivas del país. Se propone que el Estado financie total o parcialmente la prima del seguro de gastos médicos mayores y un monto inicial de los gastos médicos menores de acuerdo con las metas de equilibrio presupuestal en las finanzas públicas.

Cualquier subsidio se otorgaría en función de la capacidad contributiva de las personas pudiendo ser de 100% en el caso de personas de la tercera edad e individuos con enfermedades crónicas pre-existentes. A diferencia de otros esquemas de subsidio, el CIAM por su diseño permite una clara identificación de la población objetivo a atender y una total transparencia en su aplicación y administración.

- **Coordinar la Operación del Sistema CIAM**

La operación del CIAM facilita una operación coordinada de las funciones de registro y manejo de fondos para gastos médicos. El sistema de registro individual del CIAM permite una recaudación eficiente y de bajo costo de fondos monetarios para la adquisición del SGMM.

Una vez puesto en marcha el sistema CIAM puede pensarse en complementarlo con un esquema de rendimiento en las cuentas como el que existe bajo el sistema de cuentas de ahorro para el retiro (SAR).

- **Proveer Servicios de Salud de Emergencia en las Zonas Marginadas**

Los servicios de salud de emergencia en las zonas marginadas tendrían por objeto atender las necesidades de salud de poblaciones que por su reducido tamaño y dispersión geográfica difícilmente podrían ser atendidas adecuadamente por proveedores médicos privados. Se plantea que el Estado transitoriamente continúe ofreciendo sus servicios directos de salud, pero con vista a que dichas poblaciones puedan en etapas posteriores de desarrollo económico integrarse de manera plena al sistema CIAM. De esta forma se asegura que el servicio asistencial del Estado no contribuya a mantener la marginación de estos grupos de población.

- **Fondear el Apoyo a la Población de Bajos Recursos con Impuestos Generales y Recursos Derivados de la Venta de Activos Públicos**

El apoyo económico a la población de bajos recursos dentro del sistema CIAM debe provenir de impuestos generales y de los recursos que se puedan derivar de la continuación en el esfuerzo de desincorporación de entidades paraestatales. De esta forma se evitan nuevos impuestos que puedan distorsionar las decisiones de consumo, ahorro y trabajo de la población y que los recursos que hoy absorben diversas entidades paraestatales ineficientes puedan tener un claro beneficio social.

Se propone trasladar al sector privado bajo condiciones de mercado todos los activos de las instituciones de salud pública y de seguridad social, excepto los ubicados en las zonas marginadas. Se debe comenzar de forma urgente con los de mayor costo social y que son los que no se relacionan directamente con la provisión de servicios médicos, tales como: teatros, centros deportivos, velatorios, supermercados, etc.

## Conclusiones

El goce de una buena salud es un elemento central para la acumulación de capital humano y el desarrollo económico porque determina la cantidad de tiempo que una persona podrá dedicar a la realización de actividades productivas a lo largo de su vida. La garantía de protección a la salud a través de un sistema con cobertura universal y de alta calidad es uno de los principales instrumentos con que una sociedad puede contar para mejorar o restablecer su bienestar tras episodios de enfermedad y dar así continuidad a sus actividades productivas.

En México, el marco institucional vigente no ofrece incentivos favorables para la continua acumulación del capital humano en salud y, por ende, limita el desarrollo potencial del país. En este estudio se argumenta que la estrategia del sector público para garantizar la protección de la salud a la población a través de un modelo de provisión directa del servicio, pero sin libertad de elección de los usuarios no ofrece una ga-

rantía real de alta calidad en la atención. Por el contrario, su instrumentación ha generado incentivos que actúan en contra de una alta calidad y de una asignación eficiente de los recursos en las instituciones.

Para avanzar en la solución permanente de los problemas de cobertura y calidad médica que padece la población, el país requiere un cambio sustantivo en su marco institucional de provisión de servicios de salud pública. Se propone crear un sistema de Cuentas Individuales de Ahorro Médico (CIAM) que permita al consumidor elegir su plan de salud y que con la competencia en los mercados se generen incentivos para que los proveedores médicos brinden una atención de alta calidad. En nuestra opinión, no existe una mejor forma en que el Estado pueda garantizar a la población la protección de su salud que respetando el derecho de elección de los individuos para que ellos mismos puedan sancionar la calidad en la atención médica que reciben.

## Bibliografía

Barnum Howard, Joseph Kutzin y Helen Saxenian, "Incentives and Provider Payment Methods", HRO Working Papers, número 51, 1995.

Barro Robert J., "Determinants of Economic Growth: A Cross-Country Empirical Study", National Bureau of Economic Research, Working Paper No. 5698, Cambridge, MA. Agosto de 1996.

Becker Gary S., Kevin M. Murphy, Robert F. Tamura, "Human Capital, Fertility and Economic Growth", National Bureau of Economic Research, Working Paper No. 3414, Cambridge, MA. Agosto de 1990.

Bloom David E., David Canning, Jaypee Sevilla, "The Effect of Health on Economic Growth: Theory and Evidence", National Bureau of Economic Research, Working Paper No. 8587, Cambridge, MA. Noviembre de 2001.

Cercone James Anthony, Fabio Durán Velarde, Erlend Muñoz-Vargas, "Compromisos de Gestión, Rendición de Cuentas y Corrupción en los Hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social", Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, 2000.

Fundación Mexicana para la Salud, "Encuesta de Opinión Pública acerca del Sistema de Atención en México (2000)", México, 2001.

Fundación Mexicana para la Salud, "Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud (1994)", México, 1994.

Grossman Michael, "The Human Capital Model of the Demand for Health", National Bureau of Economic Research, Working Paper No. 7078, Cambridge, MA. Abril de 1999.

Maceira Daniel, "Income Distribution and the Public-Private Mix in Health Care Provision: The Latin American Case", Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, 1998.

Organización Mundial de la Salud, "Informe sobre la Salud en el Mundo", [www.who.int/whr](http://www.who.int/whr)

Sánchez Manuel, "Provisión Privada de Salud Pública", Reforma, Negocios, 14 de marzo de 2000

Secretaría de Salud, "Información Básica sobre Recursos y Servicios del Sistema Nacional de Salud", *Salud Pública de México*, Vol. 46, No. 6, noviembre-diciembre 2001

Secretaría de Salud, "Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud", México, 2001

Solís Soberón Fernando y F. Alejandro Villanueva (compiladores), "La Seguridad Social en México, El Trimestre Económico", Lecturas, Fondo de Cultura Económica, México, 1999

## Estudios Económicos

### *Economista Principal*

Manuel Sánchez González

Tel. (5255) 5621-3660

manuel.sanchez@bbva.bancomer.com

### *Estudios Macroeconómicos y Políticos*

Fernando González Cantú

5621-6310

f.gonzalez8@bbva.bancomer.com

David Aylett

5621-4748

dp.aylett@bbva.bancomer.com

Eduardo Torres Villanueva

5621-2493

e.torres@bbva.bancomer.com

### *Sistema Financiero y Bancario*

Nathaniel Karp

5621-7718

n.karp@bbva.bancomer.com

Fco. Javier Morales E.

5621-5567

fj.morales@bbva.bancomer.com

Jorge Chirino Campos

5621-6275

j.chirino@bbva.bancomer.com

Luis Enrique Almanza Ramírez

5621-4154

le.almanza@bbva.bancomer.com

### *Estudios Sectoriales y Regionales*

Eduardo Miguel Angel Millán Lozano

5621-4143

e.millan@bbva.bancomer.com

Alma G. Martínez Morales

5621-6243

ag.martinez2@bbva.bancomer.com

### *Economía Internacional y Propuestas a Autoridades*

Carlos A. Herrera Gómez

5621-2486

carlos.herrera@bbva.bancomer.com

Octavio R. Gutiérrez Engemann

5621-3095

o.gutierrez3@bbva.bancomer.com

### *Información y Apoyo a Negocios*

Eligio San Juan Reyes

5621-4210

me.sanjuan@bbva.bancomer.com

Claudia Torres Gómez

5621-6235

ci.torres@bbva.bancomer.com

Leonardo Beltrán Rodríguez

5621-7694

leonardo.beltran@bbva.bancomer.com

### *Coordinador*

Fernando Tamayo Noguera

5621-5994

fernando.tamayo@bbva.bancomer.com

Fax (5255) 5621-3297

5621-5823

Puede consultar este documento en:

<http://www.bancomer.com/economica>