

## *OECD Reviews of Health Systems*

### **Mexico**

*Summary in Spanish*

---

## *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud*

### **Mexico**

*Resumen en español*

Las condiciones de salud de la población mexicana han experimentado un progreso marcado durante las décadas más recientes y las autoridades han intentado mejorar el funcionamiento del sistema de salud. Sin embargo, la política de salud en México enfrenta retos importantes para garantizar el acceso universal al aseguramiento en salud y mejorar la eficiencia del sistema. En primera instancia, este *Estudio del Sistema de Salud en México* presenta un panorama de la organización del sistema, y resalta sus principales fortalezas y debilidades. A continuación, evalúa el desempeño del sistema con respecto a los siguientes objetivos de política: acceso, calidad, respuesta del sistema y trato adecuado, eficiencia y sustentabilidad financiera. Por último, el estudio analiza las reformas recientes y su impacto potencial, así como los renglones en los que podría requerirse la puesta en marcha de políticas adicionales para fortalecer el sistema.

---

*El sistema de salud en México difiere de los de la mayoría de otros países de la OCDE*

---

El sector público de salud se caracteriza por la presencia de varios aseguradores y prestadores de servicios integrados de manera vertical, que atienden a distintos segmentos de la población y que mantienen poco contacto entre sí. Además, existe un sector privado grande y en su mayoría, no regulado. Las instituciones de seguridad social cubren a los trabajadores asalariados del sector formal. Aunque las estimaciones varían, se calcula que las personas que contribuyen a las instituciones de seguridad social y sus dependientes representan alrededor de la mitad de la población. La Secretaría de Salud, que presta atención médica a la población no cubierta por la seguridad social, ha descentralizado la mayor parte de la oferta de servicios de salud para estos grupos de población. En la actualidad, las entidades federativas operan sus propios sistemas de Servicios Estatales de Salud (SESA) que comprenden hospitales y clínicas públicas. Existen grandes diferencias entre estados en términos de la disponibilidad de recursos per cápita para prestar servicios públicos de atención médica y, en particular, se observan problemas de acceso en las

zonas rurales. Cada institución —ya sea estatal o de la seguridad social— presta servicios de salud en todos los niveles de atención en sus propios establecimientos. La población en general percibe a los SESA como proveedores de menor calidad en relación con los servicios prestados por el sistema de seguridad social, aunque esto refleja en parte el hecho de que los recursos por familia asignados a las instituciones de seguridad social son casi dos terceras partes mayores que aquéllos asignados a los SESA.

El personal médico y de enfermería son trabajadores asalariados en todas las instituciones, lo que no favorece la eficiencia. Por otra parte, una gran proporción de médicos también ejerce la práctica privada sustentada en el pago por servicio. El sector hospitalario privado provee alrededor de una tercera parte del total de camas de hospital en el país. Esta oferta se concentra en las ciudades más grandes en los estados con mayores recursos, de manera que casi la mitad de los establecimientos hospitalarios privados se encuentran en la Ciudad de México.

---

*A pesar de observar avances importantes en las condiciones de salud y en la prevención, el sistema necesita mejorar su desempeño*

---

En México se han registrado mejorías dramáticas en la esperanza de vida y una reducción estable en las tasas de mortalidad desde la década de 1950. En la mayoría de los estados, los patrones de mortalidad y morbilidad ya no están dominados por enfermedades contagiosas y la participación de las enfermedades crónicas y relacionadas con el estilo de vida se ha incrementado. Sin embargo, México se ubica por debajo de la mayoría de los países de la OCDE con respecto a una serie de indicadores de condiciones de salud. Las tasas de mortalidad infantil y en niños menores de cinco años de edad son las segundas más altas entre los países de la Organización, después de Turquía, mientras que la tasa de mortalidad materna es mucho mayor que la observada en promedio para los países de la OCDE.

México es uno de los pocos países de la Organización que aún no logra la cobertura universal o casi universal del aseguramiento en salud. El nivel de gasto público, ubicado en 45 por ciento del gasto total en salud en 2002, sigue siendo inferior al promedio de la OCDE de 72 por ciento. La mayor parte del gasto privado en México se financia por medio del gasto de bolsillo. El sistema es profundamente desigual en términos del acceso a los servicios de salud, su financiamiento y los indicadores de las condiciones de salud. Existen grandes disparidades entre los estados más ricos del norte y los estados más pobres del sur del país en cuanto a la cobertura de aseguramiento, gasto público y condiciones de salud. Mientras que la población no cubierta por el sistema de la seguridad social puede obtener atención médica en los establecimientos gubernamentales, persisten barreras significativas al acceso para quienes dependen por completo de las unidades de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud (SESA). Los hogares más pobres están cubiertos en menor medida por la seguridad social que los hogares más ricos y una mayor proporción de la población pobre también enfrenta gastos en salud catastróficos y empobrecedores.

El nivel de gasto público en salud —ubicado en 2.8 por ciento del PIB en 2002— es bajo con respecto a los estándares de la OCDE. También es limitada la oferta de insumos para el sector salud, tales como médicos practicantes y camas para atención hospitalaria de casos agudos. A pesar de ello, la intensidad en el uso de estos insumos no es alta en relación con los patrones de la Organización, lo que apunta a una baja demanda o al uso

ineficiente de los recursos. La considerable variabilidad en la intensidad de uso de los recursos entre instituciones y entre entidades federativas, sugiere que existe margen para mejorar el desempeño de los estados e instituciones con mayor debilidad en este rubro. Los costos administrativos y de rectoría también son altos comparados con los estándares internacionales, lo que quizá refleja la fragmentación del sistema de salud. Algunos factores que podrían explicar de manera plausible los bajos niveles de eficiencia incluyen los siguientes: la coexistencia de un gran número de aseguradores integrados de manera vertical y la ausencia de separación entre los compradores y prestadores de servicios; dificultades en la coordinación de políticas en un entorno descentralizado; la falta de desarrollo de la capacidad administrativa y de gestión entre las instituciones descentralizadas; y, la debilidad de los incentivos financieros asociados con los sistemas de pago, que no premian la productividad y la calidad.

Aunque los pacientes mexicanos parecen estar en su mayoría satisfechos con la atención que reciben, la participación alta del gasto privado con respecto al gasto total en salud genera preocupación en torno a la calidad de la atención, la eficiencia y la capacidad de respuesta del sistema. La falta de capacidad para atender las necesidades de salud en el sector público ha generado que la demanda se traslade hacia el sector privado, donde existe poca cobertura de aseguramiento. Las restricciones presupuestarias han limitado la cantidad y la calidad de la atención para la población pobre, lo cual ha generado un racionamiento implícito en todo el sistema. Por ejemplo, la disponibilidad de la mayoría de los medicamentos en los Servicios Estatales de Salud (SESA) es muy limitada. También existen informes de una variación amplia en la calidad entre los sectores público y privado y al interior de cada uno de éstos.

Al tratar con estos retos, los diseñadores de políticas se confrontan con una serie de restricciones. El país está experimentando una transición demográfica y epidemiológica que impone mayores presiones sobre el sistema de salud. Mientras que México gasta menos que otros países latinoamericanos con niveles de desarrollo económico similares, la ausencia de una reforma fiscal limita, de manera seria, el alcance para incrementar el financiamiento gubernamental del sistema de salud. Más aún, el sector de la seguridad social enfrenta presiones presupuestarias derivadas del incremento en las pensiones para sus trabajadores. Por último, la fragmentación de los arreglos institucionales con la descentralización de los prestadores de servicios hace más difícil la construcción de una estrategia coherente y la generación de un consenso para el cambio.

---

*Aunque una reforma nueva y ambiciosa  
ofrece nuevas oportunidades, persisten los  
retos*

---

Desde la década de 1990, las autoridades mexicanas han llevado a cabo una serie de esfuerzos de reforma para ampliar el acceso a la atención médica para la población no asegurada y mejorar la disponibilidad y calidad de los servicios de salud. El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), la reforma clave de la presente administración, busca mejorar la protección financiera para aquéllos sin cobertura de la seguridad social, inyectar recursos nuevos para el sistema, y reequilibrar las transferencias financieras del gobierno federal a los estados.

El elemento clave de la nueva reforma es la opción que representa el seguro voluntario de salud, el Seguro Popular de Salud (SP), que proporcionará, de manera progresiva la cobertura de un paquete de intervenciones esenciales y ciertos tratamientos

catastróficos para los hogares no cubiertos por la seguridad social. El sistema se financia mediante recursos financieros nuevos aportados por los gobiernos federal y estatales por cada nueva familia afiliada. Estos recursos se complementan por medio de una pequeña prima, establecida en función del ingreso, que paga la familia. Debido a que el financiamiento está ligado con la población afiliada, estos nuevos recursos serán dirigidos sobre todo a aquellos estados con niveles bajos de cobertura de la seguridad social y que también suelen recibir menos recursos de las transferencias federales existentes. Sujeto a la disponibilidad de recursos presupuestarios, las inequidades entre entidades federativas en lo relacionado con el financiamiento público de la atención médica para la población en la actualidad no asegurada deberán haberse eliminado para 2010.

Con la afiliación voluntaria al Seguro Popular (SP), los estados tienen un incentivo para suscribir a tantas familias como sea posible y esto debe también motivarlos para prestar más servicios y de mejor calidad. Puesto que los servicios de salud tienen el potencial de ser prestados por cualquier proveedor que opere en el Sistema Nacional de Salud (SNS), hoy en día resulta posible cambiar del enfoque actual de “silos” que sustenta la modalidad existente de prestación de servicios. Si se ponen en marcha las políticas apropiadas, se podría motivar a los prestadores para mejorar la calidad y eficiencia de la provisión de servicios ya que el dinero seguiría al paciente. También se establece un fondo separado para financiar la salud pública y servicios de salud a la comunidad con objeto de garantizar que éstos no sean sacrificados durante periodos de restricciones presupuestarias.

A pesar del diseño cuidadoso de la nueva reforma, el éxito de su instrumentación seguirá representando un desafío significativo para las autoridades mexicanas. Primero, la

disponibilidad de los recursos frescos para financiar el nuevo programa se mantiene condicionada por la situación fiscal y, en este contexto, la OCDE ha enfatizado la necesidad de una reforma fiscal. A pesar de las reformas recientes a la ley que gobierna al Seguro Social, los nuevos esquemas de pensiones todavía están en proceso de negociación en la institución de seguridad social más grande (IMSS) y es probable que las presiones continúen durante el período de transición hacia un nuevo sistema de pensiones. El costo de los esquemas de pensiones para los trabajadores del gobierno también es un tema que queda por tratar.

En segundo lugar, ya que el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) sólo cubre un conjunto definido de servicios básicos y ofrece protección limitada para los riesgos catastróficos, es posible que existan presiones por parte de los usuarios para que se amplíe esta cobertura de beneficios. Tercero, el nuevo sistema de aseguramiento puede generar incentivos para que los prestadores de servicios den preferencia en el tratamiento a la población afiliada, en contraste con la población no afiliada al nuevo esquema de aseguramiento, en especial durante el período de transición a 2010. Cuarto, dada la nueva demanda por servicios del sector público, los proveedores de los SESA enfrentarán la necesidad de aumentar la eficiencia y la calidad, un desafío de envergadura, sobre todo en los estados más pobres con una capacidad más débil y en las zonas rurales. Hasta la fecha, no se han puesto en marcha las medidas para fomentar una mayor eficiencia en los SESA y este rubro de política requiere de atención urgente para asegurarse que los nuevos recursos bajo el SPSS se utilicen de la mejor manera. Por último, en el largo plazo, el éxito del SPSS dependerá de su capacidad para romper el vínculo entre el financiamiento y la prestación, evitando así que continúe la fragmentación en el sistema.

Este estudio presenta varias recomendaciones para tratar con las debilidades del sistema actual. Entre las sugerencias más destacadas se encuentran las siguientes:

- Introducir una reforma fiscal y poner en marcha reformas a las pensiones del sector público para garantizar el financiamiento adecuado del sistema de salud.
- Fomentar la adopción del Seguro Popular (SP) y abordar las barreras al acceso a los servicios que persisten para aquellos no cubiertos por la seguridad social.
- Garantizar un financiamiento adecuado para los “bienes públicos de salud” que sean costo-efectivos, tales como prevención o vigilancia epidemiológica.
- Establecer una separación entre compradores y prestadores de servicios mediante esquemas contractuales entre los aseguradores y los proveedores para reducir la segmentación actual del sistema.
- Reinvertir costos administrativos innecesarios en la oferta de servicios de salud y crear una separación más clara entre compradores y prestadores de servicios para impulsar una mayor eficiencia de los prestadores institucionales de servicios.
- Vincular la remuneración del personal con metas de desempeño y revisar los contratos de trabajo para motivar una mayor productividad de los profesionales y eliminar prácticas que limitan las ganancias en eficiencia.
- Avanzar en la consolidación de iniciativas de promoción de la salud y fortalecer las relacionadas con la medición y mejora de la calidad para promover una atención médica de calidad y costo-efectiva.
- Fortalecer los sistemas de información y los marcos de entrega de información y rendición de cuentas para todas las instituciones e invertir en capacidades administrativas y de gestión para mejorar la gobernabilidad del sistema.

© OCDE 2007

**Este resumen no es una traducción oficial de la OCDE.**

Se autoriza la reproducción de este resumen siempre y cuando se mencionen el título de la publicación original y los derechos de la OCDE.

**Los resúmenes multilingües son traducciones de extractos de publicaciones de la OCDE editados originalmente en inglés y en francés.**

[Pueden obtenerse en forma gratuita en la OECD Online Bookshop www.oecd.org/bookshop/](http://www.oecd.org/bookshop/)

Si desea más información, comuníquese con la Unidad de Derechos y Traducciones, Dirección de Asuntos Públicos y Comunicación de la OCDE en: [rights@oecd.org](mailto:rights@oecd.org) o por fax: +33 (0)1 45 24 99 30

Unidad de Derechos y Traducciones de la OCDE (PAC)  
2 rue André-Pascal, 75116  
París, Francia

[Visite nuestro sitio www.oecd.org/rights/](http://www.oecd.org/rights/)

