

# Economía de la transformación del sistema de salud

Eduardo González Pier\*

Dirección de Finanzas, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.

## Resumen

*Las condiciones de salud en México han evolucionado a la par de las condiciones socioeconómicas. Como resultado, la problemática que enfrenta hoy en día el sistema de salud se caracteriza por cuatro transiciones traslapadas: de necesidades, de expectativas, de financiamiento y de recursos para la salud. Estas transiciones generan presiones importantes sobre el sistema. De manera adicional, la fragmentación del sistema de salud genera disparidades en el derecho de acceso a los servicios y problemas en términos de eficiencia y aprovechamiento de los recursos disponibles. Reflexionar acerca de cómo enfrentar estas fuentes de presión y mejorar las condiciones de equidad en el acceso y eficiencia requiere analizar cómo debiera establecerse el derecho de acceso a nivel constitucional de forma no diferenciada entre grupos de población. Lo anterior como paso previo a la reflexión necesaria respecto a cuáles debieran ser las reglas de financiamiento de la atención médica, el conjunto de intervenciones a cubrir y la organización de los servicios para atender las necesidades de salud de la población.*

**PALABRAS CLAVE:** Economía. Salud. Sistema de salud. Transiciones.

## Abstract

*Health conditions in Mexico have evolved along with socioeconomic conditions. As a result, today's health system faces several problems characterized by four overlapping transitions: demand, expectations, funding and health resources. These transitions engender significant pressures on the system itself. Additionally, fragmentation of the health system creates disparities in access to services and generates problems in terms of efficiency and use of available resources. To address these complications and to improve equity in access and efficiency, thorough analysis is required in how the right to access health care should be established at a constitutional level without differentiating across population groups. This should be followed by careful discussion about what rules of health care financing should exist, which set of interventions ought to be covered and how services must be organized to meet the health needs of the population.*

**KEY WORDS:** Economics. Health. Health system. Transitions.

## Introducción

Las condiciones de salud en México han evolucionado a la par de las condiciones socioeconómicas. Durante los últimos 60 años, la esperanza de vida de la población ha aumentado 29 años, mientras que el ingreso per cápita se incrementó cuatro veces en términos reales<sup>1</sup>. Estas evoluciones paralelas explican la

problemática actual del sistema de salud, la cual se caracteriza por cuatro transiciones –que se complementan y retroalimentan entre sí–, que generan presiones importantes sobre el sistema de salud.

Por un lado, el efecto combinado de una transición de necesidades de salud y de una transición de expectativas se traduce en una demanda creciente de servicios de salud cada vez más complejos y costosos. Por otra parte, derivado de la transición en el financiamiento de la salud, el gasto en salud en México ha aumentado de forma importante en relación con nuestra riqueza y en términos per cápita. Sin embargo, aún se sitúa entre los niveles más bajos con respecto

### Correspondencia:

\*Eduardo González Pier

Instituto Mexicano del Seguro Social

Reforma, 476, 2.<sup>o</sup>

Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06600, México, D.F.

E-mail: eduardo.gonzalezp@imss.gob.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 10-10-2012

Fecha de aceptación: 12-10-2012

a los demás países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), y la participación del gasto público aún es inferior a lo que sería deseable<sup>2</sup>. Finalmente, la transición de recursos para la salud refleja cómo la respuesta de los países al perfil cambiante de necesidades se traduce no solo en un mayor gasto en salud, sino también en una mayor disponibilidad de recursos clave para asegurar la capacidad de respuesta de la oferta de servicios médicos. En el caso de México, es necesario ampliar esta capacidad de respuesta.

Aunado a estas cuatro transiciones, el marco jurídico constitucional y la consecuente fragmentación institucional del sistema de salud generan disparidades en el derecho de acceso a los servicios y problemas de eficiencia y aprovechamiento de los recursos disponibles.

La transformación que requiere el sistema de salud para hacer frente a todas estas presiones de cambio es compleja. Por ello, es necesario distinguir los diferentes temas que ameritan análisis y definición, y ordenarlos. Antes de discutir los aspectos relacionados con el financiamiento, las intervenciones médicas por cubrir y la forma deseable de organizar los servicios de salud para atender la demanda creciente de estos, así como las expectativas de la población, es necesario reflexionar en torno al fundamento jurídico del derecho de acceso y analizar opciones a nivel constitucional que permitan que este derecho se establezca de manera indistinta para todos los mexicanos.

El objetivo de este trabajo es, por un lado, describir cómo las cuatro transiciones explican las fuentes de presión que enfrenta el sistema de salud y evidencian una necesidad de cambio. Por otro lado, busca plantear algunas preguntas clave para ordenar la reflexión en torno a cómo debiera transformarse el sistema de salud para responder a estas presiones de cambio.

El documento se conforma por tres secciones. A manera de antecedente, la sección dos aborda la relación bilateral que existe entre salud y desarrollo económico e ilustra la evolución paralela de ambos rubros en México. La sección siguiente describe las cuatro transiciones y sus implicaciones. Por último, la sección cuatro plantea algunas preguntas útiles para orientar la reflexión sobre el futuro del sistema de salud.

## Evoluciones paralelas: salud y desarrollo económico en México

En los últimos años se ha generado importante evidencia de la relación bilateral que existe entre el crecimiento económico de un país y la salud de su población.

Un país con un crecimiento sostenido, en el cual se generan empleos e inversión, tiene efectos positivos en la nutrición, la salud y la educación de su población; es decir, la salud de su población mejora en términos generales<sup>3</sup>. De igual forma, la salud contribuye también al crecimiento económico de largo plazo a través de tres mecanismos<sup>4</sup>:

- Incrementa la productividad laboral de la población adulta y el desarrollo cognitivo de los niños a través de una mejor nutrición.
- Reduce el ausentismo laboral y escolar por enfermedad.
- Genera ahorros financieros derivados de la atención médica de las enfermedades, recursos que pueden ser distribuidos a otras necesidades de la población.

En la figura 1 se muestra la evolución de la esperanza de vida de la población mexicana –como indicador de la salud de la población– y del ingreso per cápita en los últimos 60 años. Durante este periodo, el ingreso per cápita de la población mexicana se incrementó cuatro veces en términos reales, mientras que su esperanza de vida pasó de 47 a 76 años, en promedio, lo que representa un incremento de 62% en los años de vida ganados durante este periodo.

Como resultado de estas evoluciones paralelas, México se encuentra en una situación mejor con respecto al siglo pasado. La mayor riqueza ha permitido invertir más recursos en salud, y se ha reflejado también en el desarrollo de un sistema conformado por múltiples actores públicos y privados. Por otra parte, las necesidades de atención médica de una población más longeva han cambiado y son distintas a las de una población con el perfil demográfico y epidemiológico como el que prevalecía en la década de 1950.

Sin embargo, esto genera a su vez nuevos retos para el sistema de salud. En el siguiente apartado se describen las cuatro transiciones que caracterizan la problemática que enfrenta actualmente el sistema de salud y las presiones que generan. Enfrentar de la mejor manera posible estas presiones de cambio es clave para promover que el círculo virtuoso salud-desarrollo económico siga contribuyendo a mejorar el bienestar de los mexicanos.

## Transiciones y sus implicaciones

### Transición de necesidades (demográfica y epidemiológica)

La problemática que enfrenta actualmente el sistema de salud en México tiene su origen principal en las

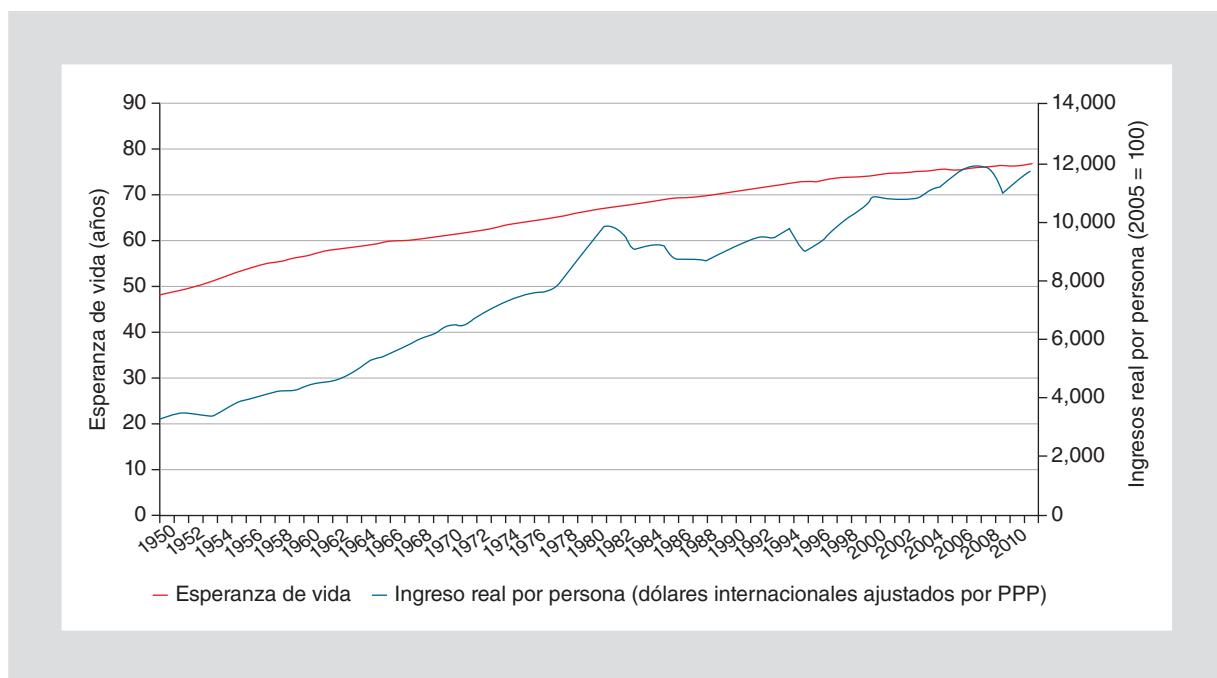


Figura 1. Esperanza de vida e ingreso real por persona en México, 1950-2011 (adaptado de gapminder.org).

transiciones en los ámbitos demográfico y epidemiológico. Ambas transiciones han generado un incremento importante en la demanda de servicios de salud cada vez más complejos y costosos<sup>5</sup>. La mayor esperanza de vida combinada con la creciente prevalencia de enfermedades cronicodegenerativas entre la población –como diabetes y enfermedades cardiovasculares– es el resultado de una población que vive más años pero que también pasa más tiempo enferma o en discapacidad.

En la figura 2 se observa que, en los últimos 60 años, la tasa de fecundidad disminuyó 67%, al pasar de 6.6 niños por mujer en 1950 a 2.16 en 2009. A su vez, la esperanza de vida de la población en general aumentó 57%, al pasar de 48.6 años en 1950 a 76.5 años en 2009. La combinación de mayor longevidad y menor fecundidad ha desencadenado la transición demográfica que inicia en la década de 1970, cuando la tasa de remplazo de la población comienza a caer por debajo de la esperanza de vida. Como resultado, la población mexicana está envejeciendo. Estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) indican que, para 2020, el 13% de la población tendrá 60 años o más, y que dicho porcentaje alcanzará 28% de la población total en 2050<sup>6</sup>.

Durante la década de 1970, comienza a presentarse también otro fenómeno: la transición epidemiológica. En la figura 3 se observa cómo en estos años la contribución

de las enfermedades transmisibles a la mortalidad general empieza a descender por debajo de la contribución de las enfermedades no transmisibles. Mientras en 1955 las enfermedades transmisibles fueron responsables del 70% de todas las muertes en el país, en 2005 contribuyeron con tan solo el 12%, siendo las enfermedades no transmisibles la principal causa de muerte en México (80%).

En gran medida, la reducción en la mortalidad por enfermedades transmisibles es el resultado de los programas efectivos de inmunización que comenzaron a instrumentarse desde la década de 1950, así como de la provisión de servicios básicos como agua potable y alcantarillado.

El incremento en la esperanza de vida, aunado a cambios importantes en los estilos de vida asociados a la urbanización y el consecuente aumento en la prevalencia de factores de riesgo (como el sedentarismo, una mala nutrición, tabaquismo, etc.), conlleva una mayor incidencia de enfermedades no transmisibles. Como resultado, estas enfermedades –que generan no solo muerte, sino también una carga de la enfermedad importante reflejada en el número de años de vida saludables perdidos– han cobrado mayor relevancia.

De acuerdo con un estudio que presenta resultados de la medición de la mortalidad y morbilidad por grupo de enfermedad o lesión en 2004, las principales

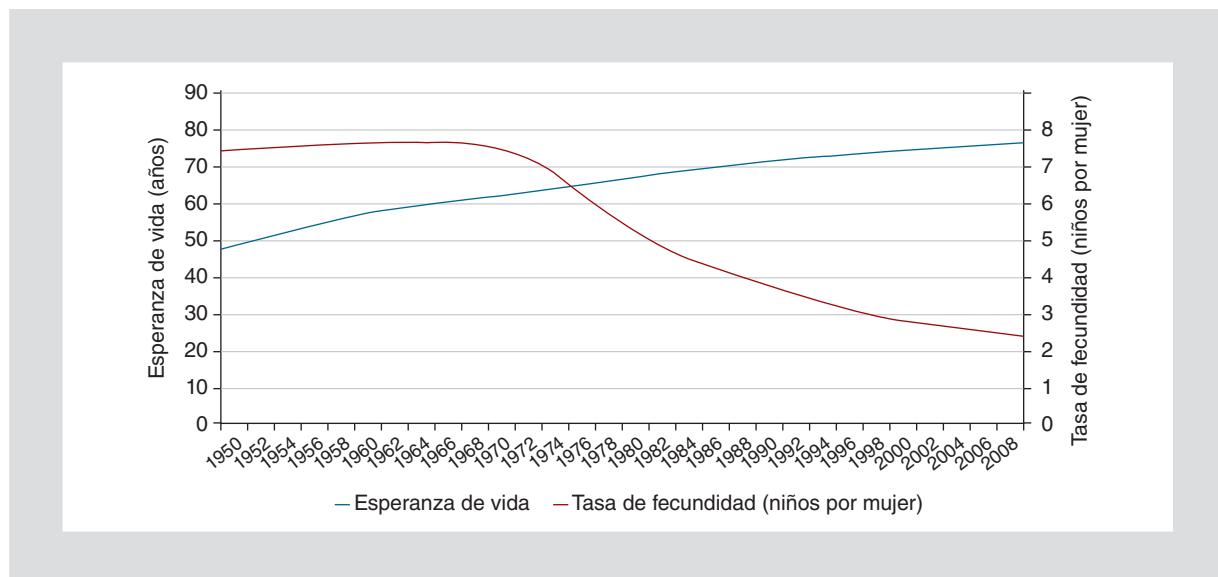


Figura 2. Esperanza de vida y tasa de fecundidad en México, 1950-2009 (adaptado de [www.gapminder.com](http://www.gapminder.com)).

causas de mortalidad entre la población mexicana – enfermedades cardiovasculares y diabetes *mellitus*– no son necesariamente aquellas que generan mayor discapacidad<sup>7</sup>. En la tabla 1 se observa que el mayor número de años de vida saludable perdidos corresponde a la depresión unipolar severa, los accidentes de tráfico, y la asfixia y traumatismos de nacimiento, por mencionar algunos ejemplos. Esto implica que, si bien el sistema de salud debe orientarse a implementar políticas públicas para reducir la prevalencia de las

enfermedades crónicas no transmisibles que causan más muertes entre la población en México, no deben perderse de vista aquellas enfermedades, factores de riesgo y lesiones que mantienen a la población discapitada e improductiva, representando una carga financiera importante para sus familias y para el país.

En suma, la población mexicana ha pasado de ser una población joven con un perfil epidemiológico caracterizado por una mayor prevalencia de enfermedades transmisibles y con una esperanza de vida

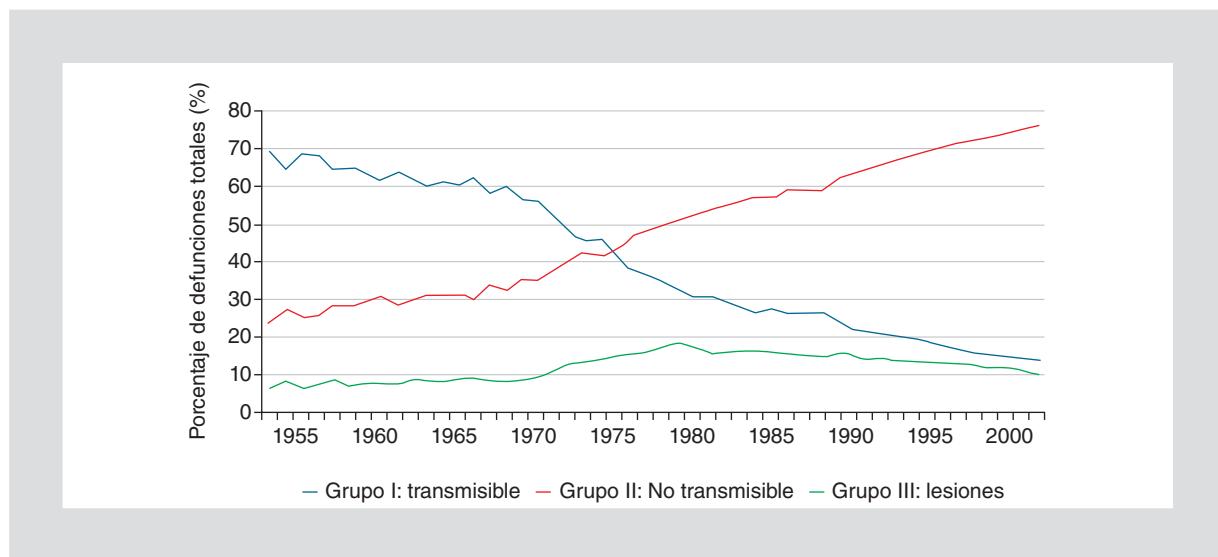


Figura 3. Contribución de los distintos grupos de enfermedad a la mortalidad general, 1960-2005 (adaptado de González Pier, et al., 2007).

**Tabla 1. Causas principales de mortalidad y morbilidad por grupo de enfermedad o lesión, 2004**

Mortalidad	%	Años de vida ajustados por discapacidad	%
Enfermedades isquémicas del corazón	13.3	Depresión unipolar severa	6.4
Diabetes <i>mellitus</i>	9.9	Accidentes de tráfico	4.6
Enfermedad cerebrovascular	6.1	Asfixia y traumatismos de nacimiento	4.2
Cirrosis hepática	6.1	Diabetes <i>mellitus</i>	3.6
Accidentes de trabajo	4.4	Enfermedades isquémicas del corazón	3.2
EPOC	4.0	Cirrosis hepática	3.1
Infecciones de las vías inferiores de respiración	3.6	Violencia	2.9
Enfermedad cardíaca hipertensiva	3.3	Asma	2.5
Asfixia y traumatismo al nacimiento	2.9	Alcoholismo	2.5
Nefritis y nefrosis	2.7	Esquizofrenia	2.1
Violencia	2.2	Enfermedad cerebrovascular	2.1
Cánceres de tráquea, bronquios y pulmonares	1.6	Malformaciones congénitas del corazón	2.1

Adaptado de González Pier, et al.<sup>7</sup>.

relativamente baja –comparada con la esperanza de vida de los países desarrollados–, a una población en un proceso de envejecimiento, que presenta altas tasas de prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes y enfermedades cardiovasculares, y una esperanza de vida de poco más de 75 años.

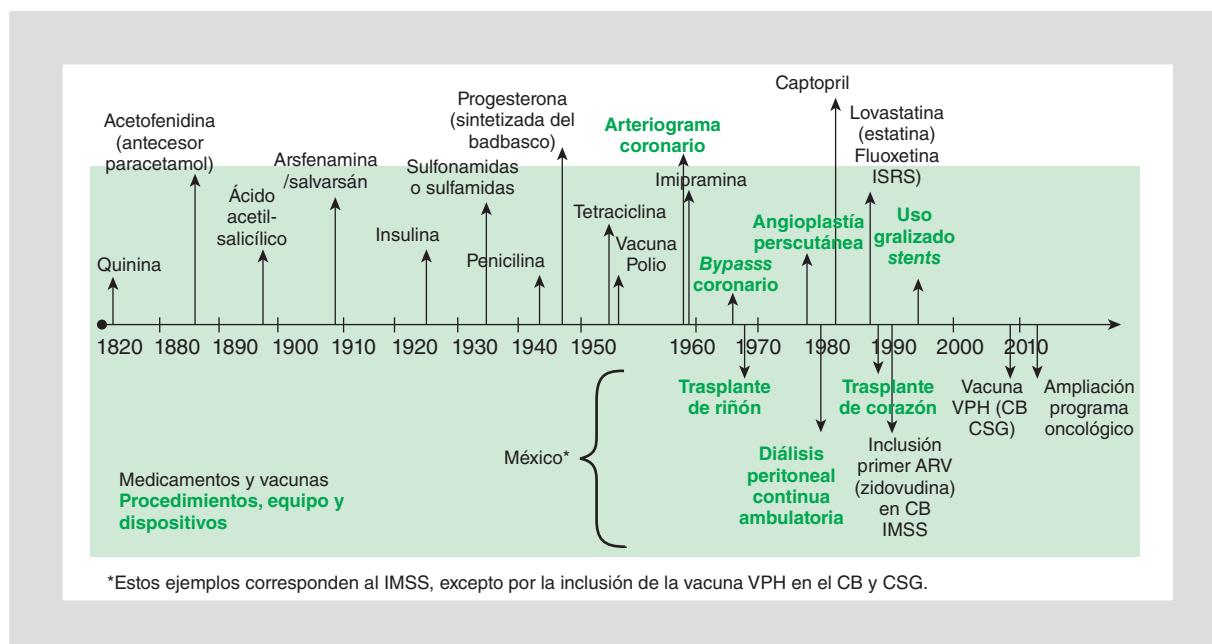
Estos cambios generan presiones sobre el sistema de salud, algunas de ellas inéditas. En particular, se enfrenta una mayor demanda de servicios de salud cada vez más complejos y, por ende, más costosos que los asociados a las infecciones comunes y problemas de salud reproductiva<sup>5</sup>.

### Transición de expectativas

Durante el siglo XX se dieron pasos muy importantes en la evolución de la práctica médica tanto a nivel mundial como en México. En particular, la disponibilidad de nuevas tecnologías ha modificado de forma importante los alcances de la medicina en la prevención y atención de enfermedades. Esto se traduce en mayores posibilidades de enfrentar las nuevas necesidades de salud, aunque al mismo tiempo se traduce también en mayores costos de la atención médica. Además, el mayor nivel educativo de la población ha generado una mayor capacidad de interacción con los prestadores de servicios médicos.

En la figura 4 se presentan –a manera de ilustración y de forma no exhaustiva– algunos hitos importantes en la introducción de nuevas tecnologías. En la primera mitad del siglo pasado se introdujeron nuevos medicamentos que han sido clave para reducir la mortalidad de enfermedades transmisibles. Destacan la introducción de antibióticos, como las sulfonamidas y la penicilina, los cuales contribuyeron a reducir la mortalidad por infecciones entre la población, y la introducción de la vacuna contra la polio. Asimismo, la introducción de la insulina en la década de 1920 fue una aportación muy importante, y que persiste hasta la actualidad, para coadyuvar a mejorar la salud de la población con diabetes *mellitus* tipo I o los casos más avanzados del tipo II.

Sin embargo, durante la segunda mitad del siglo XX se observa una acelerada introducción de nuevas tecnologías (incluyendo tanto medicamentos como procedimientos médicos y quirúrgicos) que han cambiado las expectativas de supervivencia para muchos pacientes con enfermedades no transmisibles. Entre estas destacan las tecnologías orientadas al tratamiento de los pacientes con enfermedades cardiovasculares (ECV). Por ejemplo, la introducción del bypass coronario a mediados de la década de 1960 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); la autorización de la primer estatina (lovastatina) en 1987 por la Food and Drug Administration (FDA) de EE.UU.; el primer



**Figura 4.** Evolución de las tecnologías de salud en México, 1950-2011. ISRS: inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina; VPH: virus del papiloma humano; CB: cuadro básico; CSG: Consejo de Salubridad General; ARV: antirretroviral (adaptado de elaboración propia con información de diversas fuentes).

trasplante de corazón en el IMSS en 1988, y el uso generalizado de *stents* a mediados de la década de 1990. Estas tecnologías han coadyuvado a reducir la mortalidad por ECV y a mejorar la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial. Finalmente, destaca también la inclusión del primer medicamento antirretroviral (zidovudina) en el cuadro básico del IMSS en 1990.

Entre las aportaciones tecnológicas en lo que va de este siglo se puede mencionar la inclusión de la vacuna contra el virus del papiloma humano al esquema nacional de vacunación en 2009, así como la ampliación del programa oncológico del IMSS a través de la introducción de nuevos medicamentos biotecnológicos al cuadro básico institucional (2011).

Al mismo tiempo, la población mexicana es más educada y tiene mayor acceso a muchas más fuentes de información. De esta manera, tiene mayor conocimiento sobre las nuevas tecnologías disponibles, así como mayor información respecto a sus derechos y, por lo tanto, mayor capacidad de interacción con los prestadores de servicios médicos. La combinación de ambos elementos se traduce en una mayor expectativa de la sociedad respecto a la factibilidad de atender sus necesidades de salud. Esto genera una fuente de presión adicional para el sistema de salud.

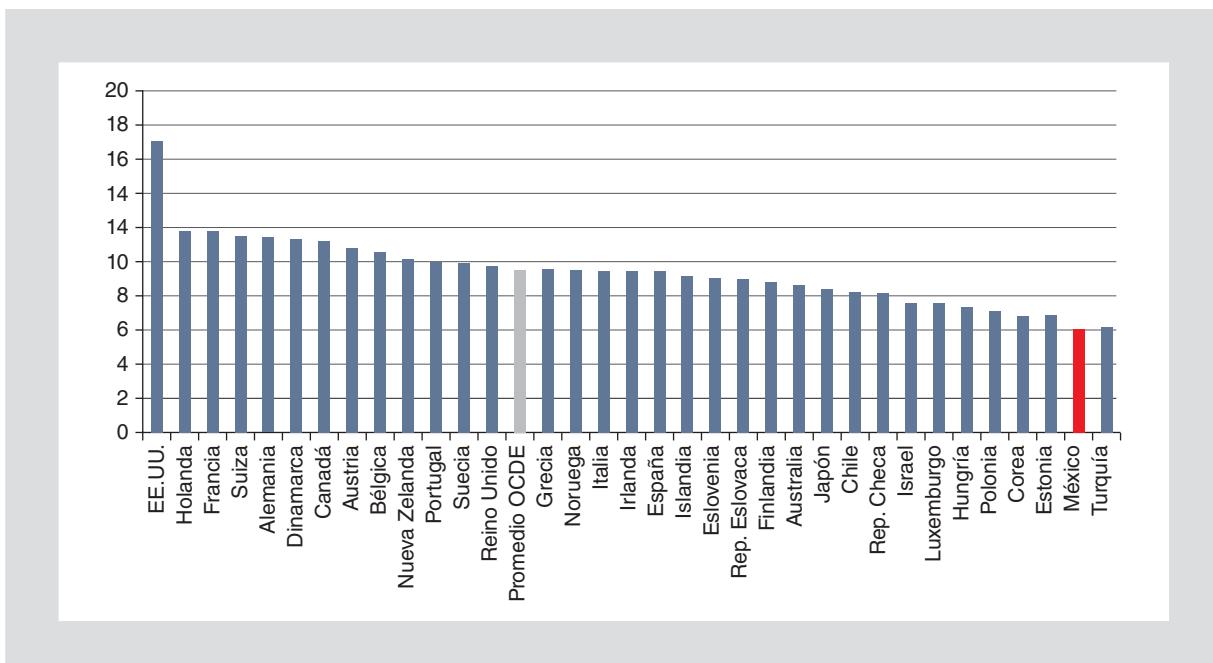
### Transición de financiamiento

La tercera transición se refiere a la evolución en el financiamiento de la salud. Conforme aumenta el nivel de desarrollo económico de un país, suele aumentar el porcentaje de la riqueza que canaliza al sistema de salud<sup>3</sup>.

En el caso de México, si bien el gasto en salud ha aumentado de forma importante en los últimos años, aún se sitúa entre los niveles más bajos con respecto a los demás países de la OCDE. En la figura 5 se observa que en México el gasto total en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB) en 2010 fue 6.1%, mientras que el promedio de los países de la OCDE se sitúa en alrededor del 10%.

Otra forma de analizar el nivel de inversión en salud es en términos per cápita. En la figura 6 se presenta un comparativo del gasto en salud per cápita entre los países de la OCDE. México es el país con menor gasto per cápita, tan solo por arriba de Turquía, mientras que el gasto en salud per cápita promedio para los demás países de la OCDE oscila en US\$ 3,000 *Purchasing Power Parity* (PPP). México gasta US\$ 934 per cápita. Esta brecha refleja en parte la diversidad en la estructura de los sistemas de salud.

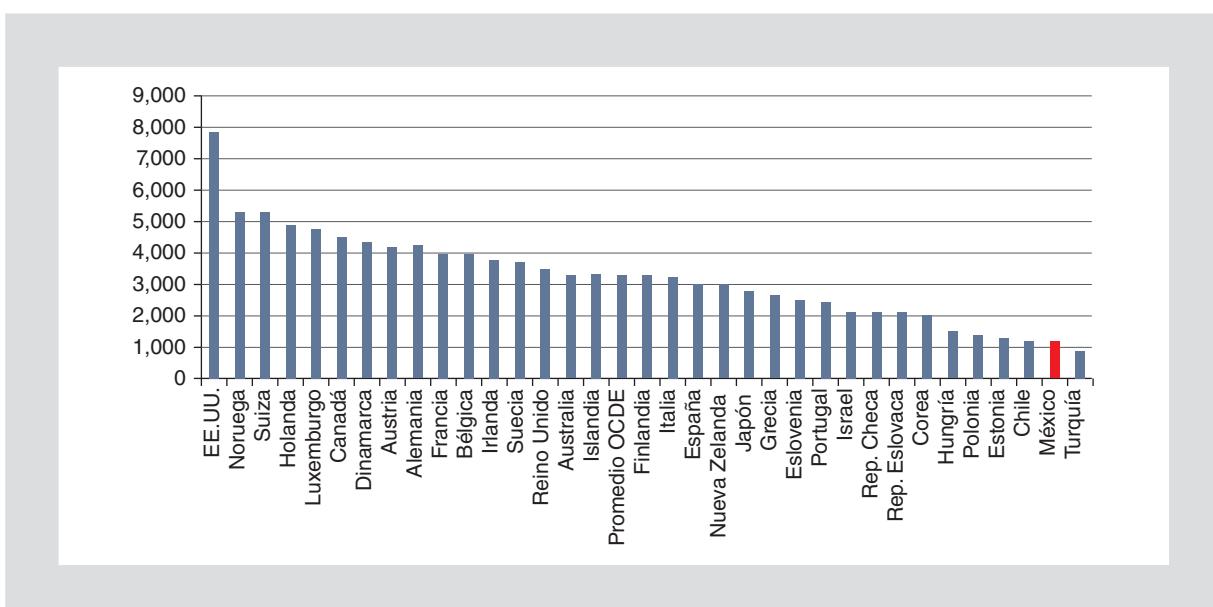
La figura 7 ilustra las variaciones en la composición de las fuentes de financiamiento de los sistemas de



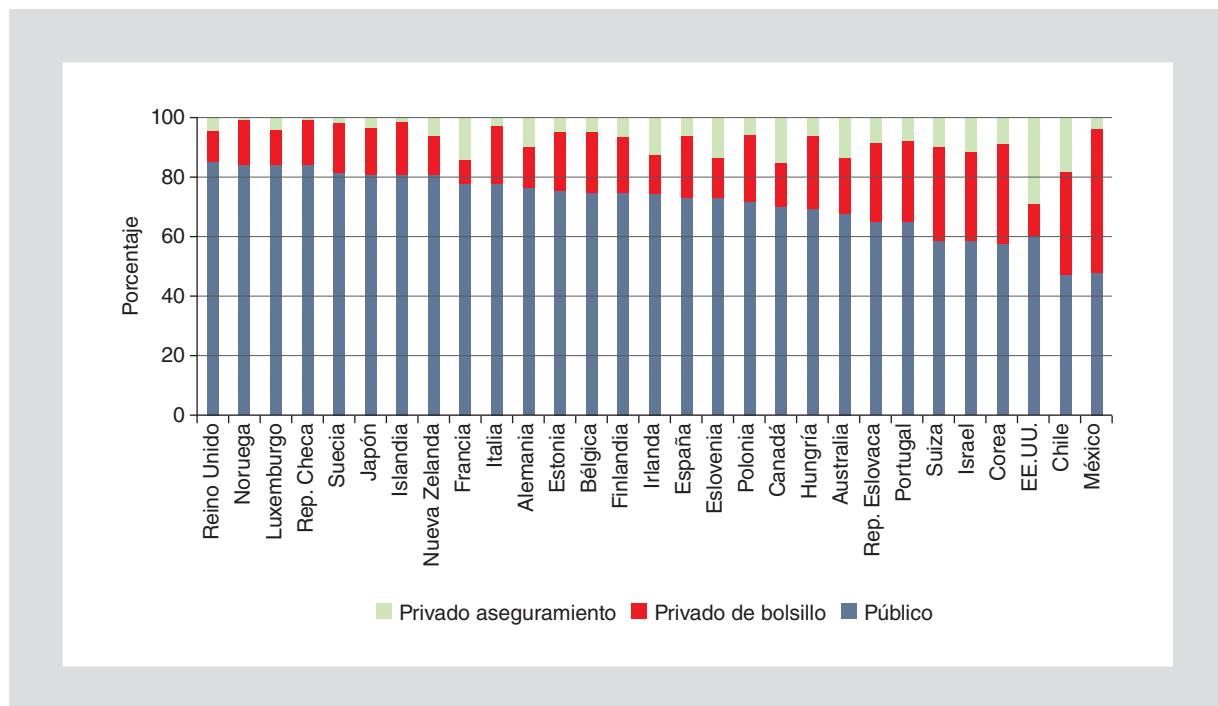
**Figura 5.** Gasto en salud como porcentaje del PIB. Año más reciente disponible entre 2008-2010. Para el caso de México se presentan cifras 2010 (adaptado de OECD. Health Data, 2011).

salud entre países. Lo relevante, en este caso, es que México no solo destina aún un porcentaje relativamente bajo de su riqueza a la salud, sino que, a diferencia de varios países de la OCDE, una parte importante del gasto en salud sigue siendo financiada

a través del gasto privado de los hogares, y en particular a través del gasto de bolsillo. La alta prevalencia del gasto de bolsillo genera una serie de problemas en términos de equidad y eficiencia en el financiamiento de la salud.



**Figura 6.** Gasto en salud per cápita (dólares PPP). Año más reciente disponible entre 2007-2010. Para el caso de México se presentan cifras 2010. Dólar expresados en términos de PPP (poder de paridad de compra) (adaptado de OECD. Health Data, 2011).



**Figura 7.** Composición del gasto en salud por fuente de financiamiento. Año más reciente disponible entre 2008-2010. Para el caso de México se presentan cifras 2010. Se excluyen países para los que no hay información reciente desagregada por tipo de gasto privado (adaptado de OECD. Health data, 2011).

En suma, México se enfrenta al reto de aumentar el nivel del gasto en salud en concordancia con su nivel de desarrollo económico y de las nuevas necesidades de salud de su población, así como de privilegiar una mayor participación del gasto público en salud.

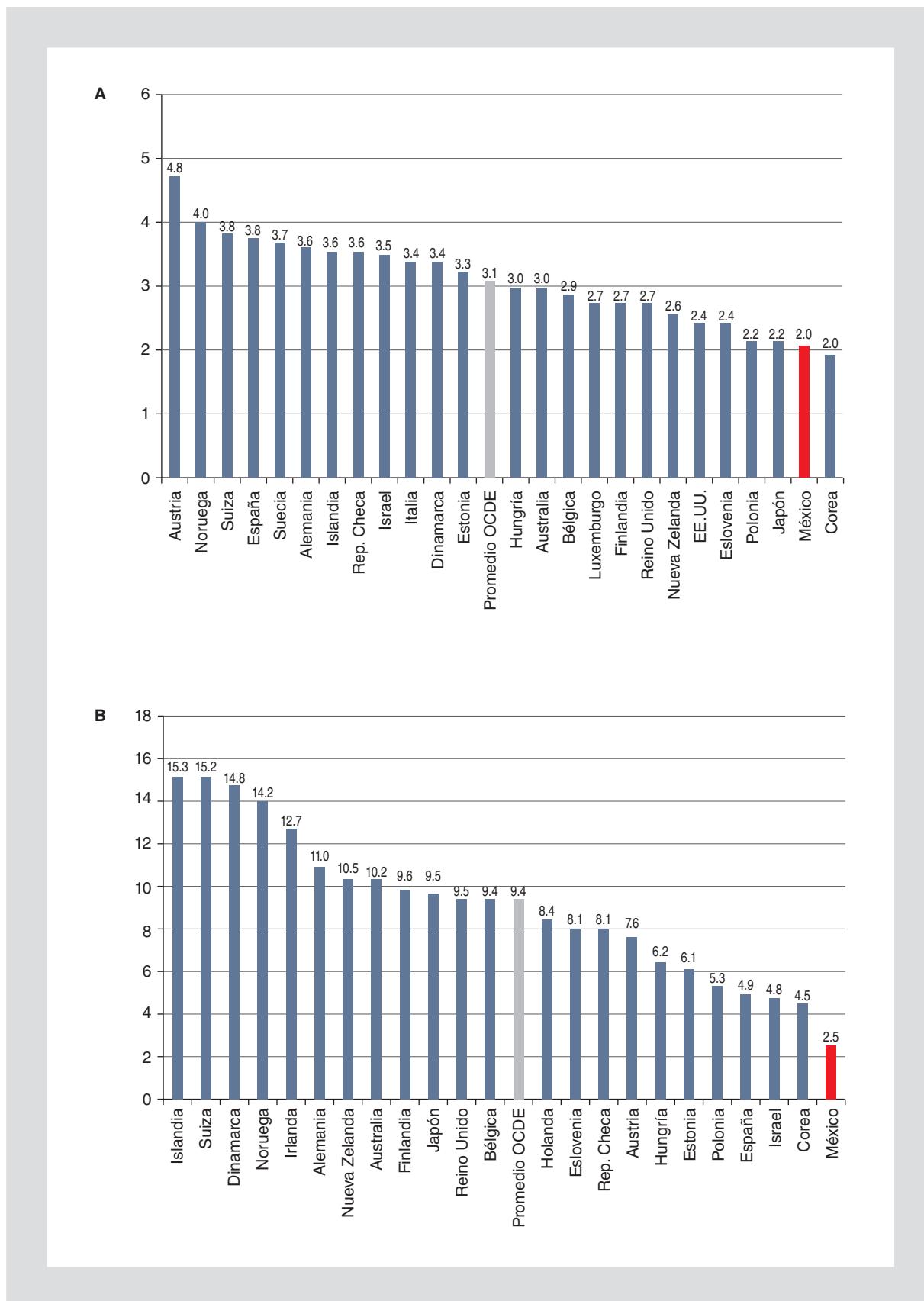
### Transición de recursos para la salud

La cuarta transición se refiere a cómo la respuesta de los países al cambiante perfil de necesidades se traduce no solo en un mayor gasto en salud, sino también en una mayor disponibilidad de recursos clave para asegurar la capacidad de respuesta de la oferta de servicios médicos.

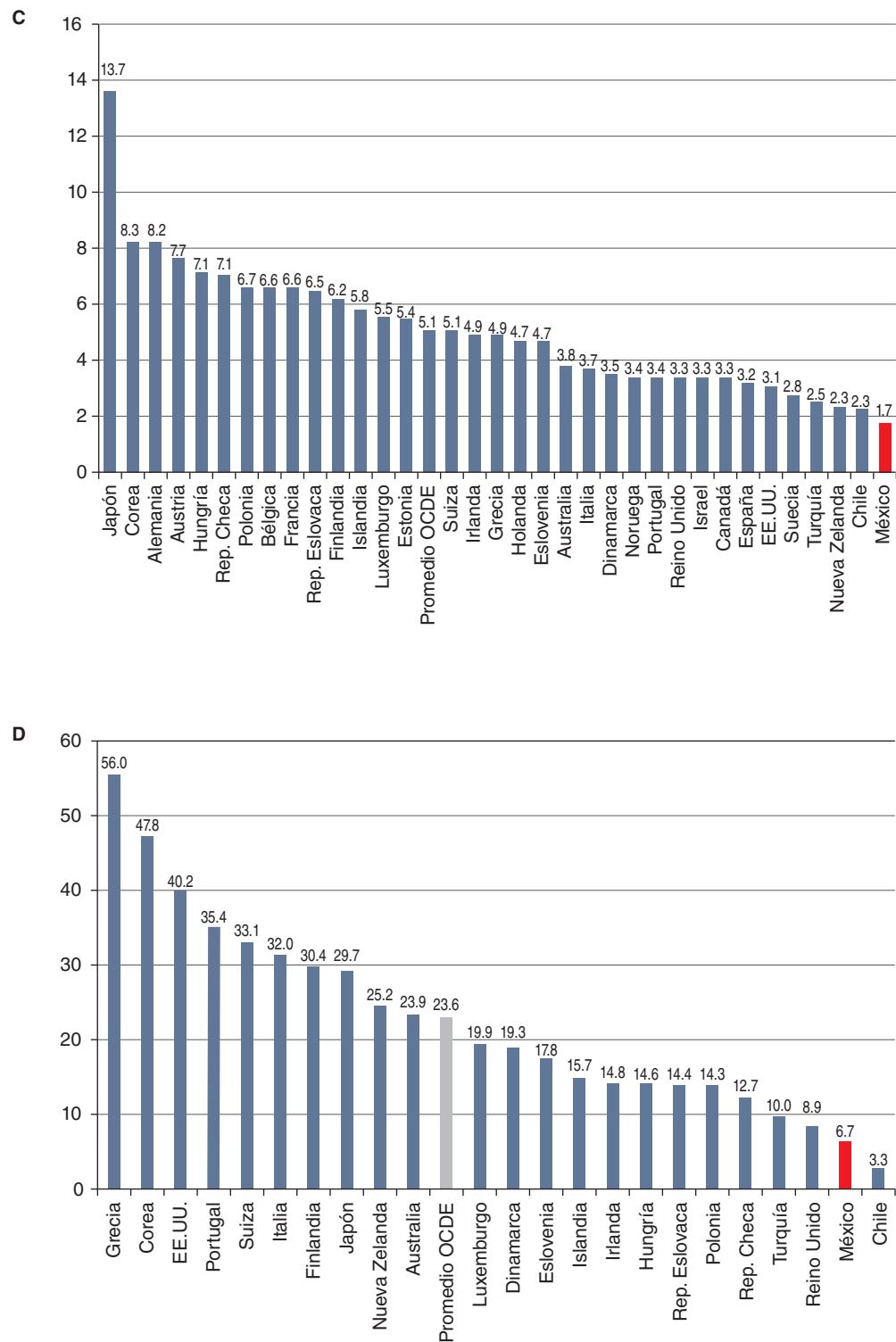
En la figura 8 se presenta el comparativo entre países de la OCDE de la disponibilidad de recursos humanos y físicos<sup>8</sup>. En la parte a) de la figura 8 se muestra el número de médicos por cada 1,000 habitantes. Mientras en México hay dos médicos por cada 1,000 habitantes, para el resto de los países de la OCDE esta cifra es en promedio igual a tres médicos por cada 1,000 habitantes. Por otra parte, en la parte b) de la misma figura se observa que México ocupa el último lugar en cuanto al número de enfermeras

por cada 1,000 habitantes. México cuenta con 2.5 enfermeras por cada 1,000 habitantes, mientras que los países de la OCDE cuentan en promedio con 9.4 enfermeras por cada 1,000 habitantes. Ambos indicadores evidencian el rezago importante en México en la generación de recursos humanos para atender las necesidades de salud de la población.

En las partes c) y d) del panel se presenta información sobre el número de camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes y el número de mastógrafos por millón de habitantes. Ambos indicadores sirven como aproximación de la disponibilidad de recursos físicos disponibles para otorgar atención médica a los pacientes que lo requieran. De igual forma, México se encuentra por debajo del promedio OCDE en ambos indicadores. Respecto al número de camas por cada 1,000 habitantes, México ocupa el último lugar de los países de la OCDE con 1.7 camas, mientras que el promedio OCDE es de 5.1 camas. Esta brecha en los recursos disponibles para brindar servicios de salud entre México y el resto de los países de la OCDE se observa de igual forma en el número de mastógrafos. México cuenta con 6.7 mastógrafos por millón de habitantes, mientras que el promedio OCDE es de 23.6 mastógrafos.



**Figura 8. A:** Médicos por 1,000 habitantes. **B:** Enfermeras por 1,000 habitantes. Transición de recursos para la salud. Año más reciente disponible entre 2007-2010. Para el caso de México se presentan cifras 2009 (adaptado de OECD. Health Data, 2011)



**Figura 8. C:** camas por 1,000 habitantes. **D:** Mastógrafos por millón de habitantes. Transición de recursos para la salud. Año más reciente disponible entre 2007-2010. Para el caso de México se presentan cifras 2009 (adaptado de OECD. Health Data, 2011).

## Reflexiones para la transformación

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades<sup>9</sup>. Por ello, el acceso a los servicios básicos de salud ha sido considerado un derecho fundamental de las personas<sup>10</sup>. En México este derecho se define a nivel constitucional en el artículo cuarto como el derecho a la protección de la salud, y en el artículo 123, que establece el acceso a servicios médicos como parte de los derechos laborales que se brindan a través de la seguridad social.

En México, en los últimos años se han llevado a cabo esfuerzos importantes para garantizar el derecho de acceso a los servicios básicos de salud de la población sin importar su condición laboral. Un ejemplo de ello es la reforma a la Ley General de Salud de 2003, que crea el Sistema de Protección Social en Salud, cuyo brazo operativo se conoce como Seguro Popular<sup>5</sup>. Sin embargo, persisten las disparidades en el derecho de acceso a los servicios y la fragmentación institucional que conlleva una serie de problemas en términos de eficiencia y aprovechamiento de los recursos disponibles.

En este contexto es necesario reflexionar sobre la manera en que debe transformarse el sistema de salud para hacer frente tanto a las fuentes de presión derivadas de las cuatro transiciones descritas anteriormente como al reto de establecer un derecho de acceso de los servicios de salud de la población más equitativo. Como parte de esta reflexión, es necesario identificar cuáles son los temas clave de discusión y ordenarlos para generar un debate más constructivo. A continuación se mencionan algunos de estos temas.

En primer lugar, es necesario abordar el fundamento jurídico del derecho de acceso a los servicios médicos. En México, las disparidades en el derecho al acceso a los servicios de salud tienen su origen a nivel constitucional, el cual tiene su traducción práctica en la fragmentación del sistema de salud y la coexistencia de múltiples instituciones públicas que operan como los integrados verticalmente y, por lo tanto, con sus propias reglas de financiamiento y prestación de los servicios. Además de las implicaciones en términos de equidad en el derecho de acceso, esto genera problemas en términos de eficiencia y aprovechamiento de los recursos disponibles. Sin embargo, como paso previo a cualquier cambio en el sistema de

salud que permita una mayor eficiencia y equidad en el financiamiento y acceso a los servicios de salud, es indispensable reflexionar en torno a cómo eliminar las disparidades de origen que existen en el derecho de acceso. Esto implica necesariamente analizar cómo debiera establecerse el derecho de acceso de forma no diferenciada entre grupos de población a nivel constitucional.

En segundo lugar, debe abordarse el tema de cómo financiar el sistema de salud para hacer frente a las nuevas necesidades. Una vez definida la forma jurídica que permitiría garantizar el derecho de acceso a los servicios de salud para toda la población, es necesario considerar cuáles debieran ser las reglas de financiamiento del sistema de salud en un esquema de derecho de acceso no diferenciado. Es claro que se debe aumentar el nivel de inversión en salud y la disponibilidad de recursos per cápita, a la vez que se promueva una mayor participación del gasto público en salud. Asimismo, es claro que estos recursos deben reflejarse en una mayor disponibilidad de recursos humanos y físicos *per cápita*.

En tercer lugar, es menester reflexionar, por un lado, acerca de cuál debiera ser el conjunto de intervenciones a financiar, de tal forma que se responda de manera adecuada a las nuevas necesidades de la población, y por otro, en cómo eliminar las diferencias que existen en el tipo de intervenciones a las que tienen derecho los diferentes grupos de población. En ese sentido, es importante definir cuál debiera ser el paquete de intervenciones al que tengan derecho de acceso por igual todos los mexicanos. La definición del paquete está supeditada a la forma que adopte el fundamento jurídico del derecho de acceso y a las reglas de financiamiento.

Finalmente, para que el componente público del sistema de salud esté en posibilidades de hacer frente a los retos actuales: ¿qué cambios a nivel organizacional deben hacerse para mejorar la forma en que se prestan los servicios médicos? En este rubro es necesario analizar los modelos organizacionales que permitan optimizar la capacidad instalada y que promuevan una mayor eficiencia en la prestación de los servicios. La forma organizacional de los servicios, necesariamente, depende de las definiciones en materia jurídica, financiera y de cobertura de intervenciones.

Identificar los temas relevantes para analizar los cambios que requiere el sistema de salud es un primer paso. Ordenar la discusión de forma secuencial en torno a estos temas es un segundo paso

necesario para que la reflexión sea constructiva y práctica.

## Agradecimientos

El autor agradece el apoyo y los comentarios de Mariana Barraza Lloréns y Verónica Guajardo Barrón. Los puntos de vista expresados en este trabajo son responsabilidad exclusiva del autor, y no necesariamente reflejan la posición de la dependencia en la cual se desempeña actualmente.

## Bibliografía

1. Gapminder. Gapminder world indicators. Disponible en: <http://www.gapminder.org>. Consultado el 20 de febrero de 2012.
2. OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing. Disponible en: [http://www.dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://www.dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en). Consultado el 12 de abril de 2012.
3. World Health Organization. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva, 2001.
4. Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud. Macroeconomía y salud: invertir en salud para el desarrollo económico. 1.<sup>a</sup> ed. México, 2006.
5. Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud: elementos conceptuales, financieros y operativos. 2.<sup>a</sup> ed. México, 2006.
6. Consejo Nacional de Población. Envejecimiento. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx>. Consultado el 12 de abril de 2012.
7. González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, et al. Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. Salud Pública Mex. 2007;49 Suppl 1:37-52.
8. Health Data, 2011.OECD 2011.
9. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf). Consultada el 12 de abril de 2012.
10. Organización de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Disponible en: <http://www.rlc.fao.org/frente/pdf/pidesc.pdf>. Consultado el 12 de abril de 2012.