

24/3/2018

COSTOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD
PÚBLICA EN MÉXICO EN EL ÁMBITO
FEDERAL

Tabla de contenido

Introducción.....	3
Capítulo I: Estado y Salud Pública.....	5
1. Conceptos de Salud y Salud Pública	5
1.1. La Salud.....	5
1.2. Factores determinantes de la salud	7
1.3. La Salud Pública.....	9
2. Clasificación de los Servicios de Salud del Estado	11
2.1. Seguridad Social.....	12
2.2. Asistencia Pública	13
Capítulo II: La Salud Pública en México	14
1. Etapas históricas de las Salud Pública en México	14
1.1. Salud en Estado de Bienestar.....	14
1.2. Salud en Mercado Administrado	17
2. Etapas Actual	20
Capítulo III: Instituciones de Salud Pública Federal	23
1. Marco Institucional.....	23
2. El Sistema Nacional de Salud.....	25
3. Instituciones de Salud Pública Federal	30
3.1. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).....	31
3.2. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).....	37
3.3. Otras instituciones Federales de Salud con Seguridad Social	43
3.4. Sistema de Protección Social en Salud (CNPSS y Seguro Popular)	49
3.5. Otras instituciones Federales de Salud con Asistencia Pública.....	56
4. Gasto federal para Salud y Protección Social (2013-2017).....	61
5. El valor económico de la salud en México.	64
¿Cuánto se debe destinar al gasto en salud como proporción del PIB?	64
Mejoras en la expectativa de vida de las personas	66
Empleos, crecimiento económico y productividad.....	69
Conclusiones y recomendaciones	75
Recomendaciones	82
Bibliografía.....	85
Anexo	89

Introducción

La preocupación del Estado mexicano, en materia de servicios de salud pública se empiezan a generar a partir de la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, dando nacimiento a la normatividad, en principio, relacionada con la protección de los trabajadores en accidentes de trabajo y, posteriormente, con respecto de las previsiones civiles y retiro, que evoluciona finalmente hasta el 19 de enero de 1943, cuando se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el 30 de diciembre de 1959, con la constitución del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), ambas instituciones gubernamentales que ofrecen a sus asegurados y sus familias, servicios de salud y seguridad social, asistencia en casos de invalidez, así como pensión por vejez, riesgos de trabajo y por muerte.

También el gobierno federal, ha contado desde 1938, con una Secretaría de Estado responsable de la salud pública a nivel federal, que inicialmente se denominó Secretaría de Asistencia Social y bajo esa denominación duró de 1938 a 1940, después cambió a Secretaría de Salubridad y Asistencia de 1940 a 1982 y desde 1982 a la fecha se conoce como Secretaría de Salud, que tiene el encargo principal de la prevención de enfermedades y promoción de la salud de la población.

En un esfuerzo por consolidar un Sistema Nacional de Salud, el Ejecutivo Federal puso en marcha a partir del 5 de julio de 2001, el programa “Salud para Todos”, conocido como “Seguro Popular”, y se llevó a cabo de manera inicial en 5 entidades federativas como prueba piloto, y con base en la reforma de la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003, se constituye el Sistema de Protección Social en Salud para la atención a la salud de todas las familias que no están inscritas a un sistema de seguridad social y contempla la creación del Consejo Nacional de Protección Social en Salud como entidad coordinadora y de enlace con las Entidades Federales y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud Federal, con autonomía técnica, administrativa y operativa.

Tenemos por tanto que en la actualidad el sistema nacional de salud de México es un sistema mixto, compuesto por tres subsistemas que atienden a los distintos sectores de la población en su búsqueda por preservar y mejorar sus condiciones de salud, es decir, del sistema de instituciones privadas que prestan estos servicios, y las instituciones públicas, unas enfocadas a la atención mediante esquemas de seguridad social, como lo son el IMSS y el ISSSTE, y otras que se enfocan en atender al resto de la población mediante esquemas de Asistencia Pública como lo

es la Secretaria de Salud y la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, mediante programas como el Seguro Popular y el IMSS-Prospera, entre otros.

Objetivo General del estudio

El presente estudio tiene por objetivo general presentar una revisión del presupuesto ejercido por las diversas instituciones que otorgan servicios de salud pública a nivel federal, tanto las orientadas mediante esquemas de Seguridad Social, como de Asistencia Pública, a fin de analizar su impacto en las finanzas públicas y el valor económico de los servicios de la salud.

Para este fin se tiene que el valor económico de la salud a los efectos tanto económicos como sociales a nivel nacional que retribuye el esfuerzo de todos los agentes económicos del país por promover sus condiciones de salud, en donde cooperan familias, empresas y los distintos niveles de gobierno a través de su gasto.

Para argumentar esto el estudio se ha dividido en tres capítulos principales:

El primer capítulo busca presentar el marco de referencia acerca de la salud, la salud pública y las formas de administración de los servicios de salud existentes por parte del Estado; en él se presenta desde los elementos básicos para definir y clasificar la Seguridad Social y la Asistencia Pública, el tipo de población que cubre cada uno y la procedencia de los recursos de cada uno de ellos.

El segundo capítulo presenta el marco histórico de la evolución del sistema de Salud Pública de México; en este se muestran las principales etapas históricas de su evolución, pasando de un modelo de seguridad social en condiciones de Estado de Bienestar a un modelo de Mercado Administrado y hasta nuestros días.

El tercer capítulo presenta una revisión de las instituciones de Salud Pública del ámbito Federal en México, en él se aborda desde el marco institucional que dirige su operación, en análisis de la composición del Sistema Nacional de Salud en la actualidad, y por último se realiza un análisis pormenorizado de las diversas instancias gubernamentales a nivel federal dedicadas a otorgar los servicios de salud pública en donde se muestran sus objetivos, sus principales características y el gasto total que representan dentro del Sistema Nacional.

En este último capítulo se presenta también la composición del gasto total del sistema nacional de salud, su magnitud e impacto económico y social para el país en el periodo comprendido de 2013 a 2017.

Capítulo I: Estado y Salud Pública

El capítulo tiene por objetivo el presentar los fundamentos conceptuales para entender el sistema de Salud Pública de México; para esto se han definido tres apartados principales:

- El primer apartado presenta los conceptos básicos que distinguen la salud y la salud pública de acuerdo a las principales organizaciones internacionales enfocadas en su atención.
- El segundo muestra la clasificación de los Servicios de Salud del Estado, sus características y principales enfoques de análisis.
- Por último, el tercer apartado se enfoca en presentar los argumentos teóricos que sostienen a la Salud como inversión para el estado.

1. Conceptos de Salud y Salud Pública

Los conceptos de salud y salud pública han cambiado a lo largo de la historia de la humanidad conforme se conoce mejor al hombre mismo y sus formas de convivencia en sociedad, no obstante, existen instituciones y autores cuyas aportaciones cimentan los desarrollos conceptuales modernos.

1.1. La Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo especializado de las Naciones Unidas encaminado al fomento de la salud de los pueblos en todo el mundo, es considerada la máxima entidad encargada de la elaboración de directrices y normas para que los países aborden las tareas relacionadas al cuidado de la salud , salud pública y la investigación sanitaria.

La OMS fue constituida en 1946 por consenso de 61 estados nacionales firmantes; en su constitución se establecen los principios básicos para la conceptualización de la salud como derecho humano, instrumento de paz social, seguridad y la salud pública, para generar que con estos se logre la “felicidad, relaciones armoniosas y la seguridad para todos los pueblos”.

El texto constitucional de la OMS¹, en su última versión, reformada en 2006 (OMS, 2006) enlista los siguientes principios relativos a la salud como concepto, estado y objetivo social:

1. “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”
2. “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.”
3. “La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.”
4. “Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.”
5. “La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común.”
6. “El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.”
7. “La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.”
8. “Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.”
9. “Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.”

De estos nueve principios se puede entender que la salud es un derecho humano, complejo, multidimensional y universal, que involucra distintos aspectos del bienestar humano y social, para el cual, los estados nacionales, sus gobiernos y la comunidad internacional requieren cooperar, dar seguimiento y fomentar, para lograr la convivencia en armonía, la paz y la felicidad.

¹ La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, este texto ha sido reformado por la 26ª, la 29ª, la 39ª y la 51ª Asambleas Mundiales de la Salud, en los años 1977,1984,1994 y 2005, siendo el texto vigente, publicado en 2006, el que se rescata aquí.

La salud, es por tanto, la ausencia de enfermedad y un estado de bienestar físico, psíquico, social, e incluso ambiental, que permite a las personas llevar una vida social y económicamente productiva.

Es ampliamente reconocido el papel de la OMS en la consolidación de las directrices de los sistemas de cuidado de la salud en todo el mundo, no obstante existen múltiples críticas a su planteamiento conceptual, las cuales atacan desde sus planteamientos epistemológicos, hasta su carencia de praxis.

San Martín y Pastor (1989), por ejemplo, plantean que la conceptualización del bienestar es plenamente subjetiva, con lo que existen dificultades para medirlo y entenderlo. En el mismo sentido Navarro (1998) plantea que la definición de la OMS parte del hecho de una significación universal de los conceptos de salud y bienestar, donde esto no existe, siendo categorías no científicas, que pueden variar en tiempo, espacio.

Guerra de Macedo (2002) plantea que la carencia de especificidades conceptuales conlleva también a dificultades en la articulación de responsabilidades y la operación del sector salud, lo que lleva a que la conceptualización oficial sea interpretable en múltiples direcciones, sin que se precise en específico el rango de acción de los distintos agentes económicos respecto al cuidado de la salud.

Si bien es cierto que el concepto es de cierta forma, general, sirve de guía básica para la articulación de estrategias locales, regionales y nacionales, donde cada sociedad puede priorizar sus propias necesidades, siendo necesario conocer a mayor profundidad los factores condicionantes de la salud para las personas y la sociedad.

1.2. Factores determinantes de la salud

Durante las décadas de 1970 y 1980 proliferó el desarrollo de distintos enfoques conceptuales que buscaron explicar cada uno de los principales factores determinantes de la salud humana, tanto de manera individual, como de manera social. Agustín y Weriner (1973) por ejemplo, propusieron un enfoque ecológico de la salud; Travis (1977) aportó a la modelación de la salud como elemento determinado por el bienestar humano y Laframboise (1973) estableció un modelo holístico que fue posteriormente profundizado por Lalonde (1974). Posteriormente Terris (1980) y De Salleras (1985) profundizarían el enfoque de ciclo de salud-enfermedad, entre otros.

La síntesis de los modelos desarrollados plantean que el grado de salud individual y social se explica por cuatro grupos de determinantes principales, es decir de: 1) la biología humana, 2) el entorno en el que se desenvuelven las personas y la sociedad, 3) el estilo de vida y conducta de las personas y 4) la calidad y cantidad de servicios de asistencia sanitaria a las que tiene acceso la población.

Los factores que corresponden a la biología humana, consisten en la carga y construcción genética de las personas y el ciclo de vida del ser humano, desde su nacimiento y hasta su muerte.

Los factores del medio ambiente se componen básicamente de las condiciones químicas, físicas, biológicas e incluso culturales y sociales del entorno donde se desenvuelve el individuo y la sociedad, como son el clima, la geografía, la contaminación, el ambiente sociocultural e incluso la desigualdad social.

El estilo de vida y la conducta de las personas, se describe como el conjunto de hábitos de alimentación y consumo de la gente, sus costumbres, creencias, el estrés que concentran en su vida, las actitudes y comportamientos peligrosos, la violencia y el sedentarismo, entre otros.

Por último, El sistema de asistencia sanitaria; consiste de la cantidad y calidad de los servicios sanitarios a los que tiene acceso la población, la equidad con la que estos se distribuyen y la utilización que se le da a los mismos, de manera que ofrezcan beneficios de intervención preventiva o de reactiva, así como la eficiencia con la que prestan sus servicios,

Si bien el grado de salud de la población se encuentra determinado por la combinación de estos cuatro grupos de factores, distintos investigadores, como Lalonde (1974), Dever (1977) y Tarlov (1999) han encontrado que la distribución del gasto sanitario ejercido en estas tareas se encuentra disociado de las causas de mortalidad y enfermedad entre la población, en donde el gasto público se tiende a canalizar a las tareas que impactan en menor magnitud a la reducción de la mortalidad de la población, siendo las relacionadas al estilo de vida y la biología humana las de mayor impacto

La complejidad de las tareas en la promoción de la salud lleva a precisar los alcances y limitaciones de la intervención del estado, de tal manera que se ha vuelto necesario establecer la defunción de la Salud Pública como un concepto propio.

1.3. La Salud Pública

La conceptualización de la Salud Pública moderna se comienza a cimentar a comienzos de siglo XX, no obstante, su definición comienza un proceso de homologación entre la comunidad científica tras la aportación de Winslow (1920) quien propuso entenderla como “la ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad” (Winslow, 1920: 30).

Bajo esta conceptualización se vuelve necesario entender que el grado de salud de la población es un producto de la construcción de mecanismos sociales que aseguren a todas las personas el mantener un nivel de vida adecuado, lo que involucra al menos cuatro tareas fundamentales: 1) la necesidad de plantear estrategias para mantener un proceso constante de saneamiento del medio; 2) el control de las enfermedades transmisibles; 3) la educación de los individuos para la conducción higiénica de su convivencia y 4) la organización de servicios médicos y de enfermería para la prevención y tratamiento de enfermedades.

Winslow también muestra que tanto las autoridades públicas, como los agentes privados se deben involucrar para promover la salud pública, educar, capacitar y brindar las herramientas la higiene ambiental y el control de enfermedades.

En este contexto, el Estado cuenta con responsabilidades rectoras que son indelegables, como son las tareas de conducción, regulación, modulación de la financiación, vigilancia del aseguramiento, infraestructura en salud básica y la armonización de las prestaciones de salud.

En el año 2010 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, establecieron las 11 Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) las cuales competen al Estado en sus niveles central, intermedio y local (OPS/OMS, 2010); para que este pueda cubrir de manera eficiente y efectiva sus responsabilidades.

Las FESP ordenan que los Estados deben proveer los servicios de salud personales y comunitarios de la población, incluyendo el aseguramiento del acceso a servicios de salud y la atención médica. Estas se han definido también como un conjunto de “condiciones estructurales y elementos de desarrollo institucional que permiten el mejor desempeño de la salud pública” (OPS, 2002: 4) El cuadro 1 muestra las FESP definidas por la OPS

Cuadro 1. FESP de la OPS

FESP	Descripción
1	Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población
2	Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
3	Promoción de la salud
4	Participación social y refuerzo del poder de los ciudadanos sanitaria nacional en salud
5	Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría
6	Regulación y fiscalización en salud pública
7	Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios
8	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
9	Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectivos
10	Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública
11	Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud

Fuente: Información del OPS (2002)

No obstante que las FESP dirigen la acción del Estado en este tema, la Salud Pública va más allá del Estado mismo, siendo una intervención colectiva, tanto del Estado, como de la sociedad civil, orientadas para proteger y mejorar la salud de las personas.

En este sentido, OPS (2002) sostiene que la Salud Pública es más que la responsabilidad del Estado en materia de salud, es más bien una práctica social interdisciplinaria, donde convergen todos los agentes económicos, su conocimiento, inversión y práctica, donde la sociedad civil debe participar activamente para incidir en los determinantes de la salud de las personas y las comunidades, como es a través de la promoción del ejercicio, la cultura saludable, el deporte y la vida sana, las cuales se suman a las tareas desarrolladas por el Estado.

El cuadro 2 muestra las principales actividades en las que se centra la responsabilidad del estado en la Salud Pública

Cuadro 2. Actividades del Estado en la Salud Pública

Actividad	Descripción
Protección de la Salud	Son actividades de salud pública dirigidas al control sanitario del medio ambiente en su sentido más amplio, con el control de la contaminación del suelo, agua, aire y de los alimentos. Además se incluye la seguridad en el trabajo y en el transporte.
Promoción de la Salud	Son actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación de masas, en las escuelas y en atención primaria. Así como, para toda la comunidad que no tienen los recursos necesarios para la salud. La educación sanitaria debe ser complementada con los cambios necesarios en el medio ambiente y en las condiciones sociales y económicas que permitan a los ciudadanos el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludables y la participación en la toma de decisiones que afecten a su salud.
Prevención de la Enfermedad	Se basa en intervenciones de prevención primaria, prevención secundaria o detección precoz de enfermedades y de prevención terciaria o de contención y rehabilitación de la secuela dejada por el o los daños de las funciones físicas, psíquicas o sociales.
Restauración de la Salud	Consiste en todas las actividades que se realizan para recuperar la salud en caso de su pérdida, que son responsabilidad de los servicios de asistencia sanitaria que despliegan sus actividades en 2 niveles: atención primaria y atención hospitalaria.

Fuente: Información del OPS (2002)

2. Clasificación de los Servicios de Salud del Estado

Los conceptos de Servicios de Salud que el Estado SSE y el del Estado Benefactor conforman un conjunto inseparable de elementos que se refuerzan y se significan de manera grupal, involucrando la salud y las estrategias para su promoción como una responsabilidad central del Estado.

De la conceptualización del Estado, como un Estado Benefactor se deriva la existencia de distintos cambios en las prioridades y estrategias del estado y la administración de las finanzas públicas, para que éste provea de las mejores condiciones de vida para su población.

Myrdal (1960) y Furtado (1964) plantean que el estado benefactor modificó los alcances y dirección del estado y del gasto público, introduciendo al gasto social como instrumento para mejorar la distribución del ingreso y distribuir, de igual manera, los servicios y beneficios de los que el estado es responsable.

De este nuevo planteamiento surge la prioridad del estado por prestar dos clases de servicios de salud para atender a la población, es decir de: 1) los Servicios Seguridad Social y 2) los de Asistencia Social; dupla que se constituye como eje

central para atender a los distintos segmentos de la población en materia de salud de acuerdo a sus propias necesidades.

2.1. Seguridad Social

La conceptualización mundialmente aceptada sobre la Seguridad Social, parte de los planteamientos establecidos en las normas internacionales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1984), del Centro Internacional de Formación de la OIT y la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS, 1991),

En ellos, la Seguridad Social es planteada como:

“la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos” (OIT).

Esta definición permite entender que la Seguridad Social está netamente ligada al estado, el cual debe proteger a los miembros de la sociedad contra las diversas contingencias que afectan su vida, asegurando sus necesidades sociales, individuales y colectivas.

De acuerdo a las Normas Mínimas de Seguridad Social de la OIT (1952) la prestación de servicios médicos es uno de los nueva aspectos centrales de la seguridad social, cuyo requisito es la afiliación y registro de los beneficiarios del trabajador a un seguro médico que generalmente se financia a través de cuotas tripartitas donde el gobierno, el empleador y el trabajador realizan aportaciones para conformar un fondo de pago por los servicios médicos que se prestan a los derechohabientes

Los principios fundamentales que ha establecido la OIT, para el consolidar las estrategias de seguridad social son: la universalidad, la solidaridad, la integralidad, unidad, participación, el autofinanciamiento y la eficiencia (cuadro 3); todos los cuales consolidan las garantías, funcionamiento y principios de buena operación de cualquier sistema de seguridad y protección social.

Cuadro 3. Principios fundamentales de la Seguridad Social

- a) **Universalidad.** Es la garantía de protección para todas las personas amparadas por esta ley, sin ninguna discriminación y en todas las etapas de la vida.
- b) **Solidaridad.** Es la garantía de protección a los menos favorecidos en base a la participación de todos los contribuyentes al sistema
- c) **Integralidad.** Es la garantía de cobertura de todas las necesidades de previsión amparadas del sistema.
- d) **Unidad.** Es la articulación de políticas, instituciones, procedimientos y prestaciones, a fin de alcanzar su objetivo.
- e) **Participación.** Es el fortalecimiento del rol protagónico de todos los actores sociales, públicos y privados, involucrados en el sistema de seguridad social Integral.
- f) **Autofinanciamiento.** Es el funcionamiento del sistema en equilibrio financiero y actuarialmente sostenible.
- g) **Eficiencia.** La mejor utilización de los recursos disponibles, para que los beneficios que esta ley asegura sean prestados en forma oportuna, adecuada y suficiente

Fuente: Información (OIT)

2.2. Asistencia Pública

Los Servicios de Asistencia Pública se conciben de igual manera que la seguridad social, en tanto que resultan ser una forma de transferencia social a cargo de instituciones públicas, que son financiadas mediante impuestos, y el pago de contribuciones directas, generalmente supeditadas a la comprobación de recursos del beneficiario (OIT, 2011).

No obstante, estos servicios pueden concebirse como parte de un sistema focalizado como un mecanismo de compensación y combate a la pobreza, usando los recursos fiscales como un subsidio dirigido a la población más vulnerable, de tal manera que sus servicios no se encuentran vinculados a una relación obrero patronal por parte de los beneficiarios de estos servicios, como si sucede en los servicios de Seguridad Social.

Tanto en los servicios de Seguridad Social como los derivados de la Asistencia Pública, los servicios médicos pueden ser prestados por el gobierno, por particulares o por una mezcla de ambos, dependiendo del grado de desarrollo de las instituciones en cada país y del hecho que éstas tengan su origen en el sector público, sean financiados, administrados y/ o provistos por el Estado.

Capítulo II: La Salud Pública en México

El capítulo expone brevemente la evolución histórica del sistema de salud pública en México, para contextualizar el proceso que deriva en su situación actual y sus tendencias futuras. Aquí se muestran las características principales de cada etapa histórica observada en el país durante el siglo XX y los comienzos de siglo XXI.

1. Etapas históricas de las Salud Pública en México

México posee actualmente un sistema de salud mixto donde conviven tres tipos de modelos de salud: 1) el de la Seguridad Social; 2) la Asistencia Pública y 3) los Servicios de Salud Privados, cada uno de estos modelos resulta complementario del resto y ha tenido un papel primordial en algún momento de la historia de nuestro país.

A continuación se caracterizan los sistemas de servicios de salud predominantes en México durante el siglo XX e inicios del siglo XXI.

1.1. Salud en Estado de Bienestar

En México, el Estado de Bienestar se vivió prácticamente dentro del periodo que comprende desde la década de 1940 y hasta mediados de la década de 1970, lo que comprende la duración del modelo económico de Sustitución de Importaciones y mercado interno, así como el del Desarrollo Estabilizador; en ellos se contó con un enfoque gubernamental en donde el Estado resultaba el eje rector del crecimiento económico y el desarrollo social de la población.

Durante este período el control gubernamental de la seguridad social determinó una cobertura parcial de la salud, que era financiado principalmente a través del ejercicio del gasto público, y donde intervenía también el crecimiento industrial.

Ayala (1996) ubica al sistema de seguridad social en México como uno de los instrumentos fundamentales que operaron dentro de la política del Estado de Bienestar, cuya operación y financiamiento se encontraba condicionado a su vez de manera directa por la política de ingreso y gasto del gobierno.

Esta política puede ser caracterizada a través de tres ejes principales:

- Primero, que los patrones de gasto e inversión pública en el largo plazo por parte del Estado, se encontraban enfocados en una serie de acciones en

favor del gasto social, lo que en este caso se encaminó a la construcción de infraestructura hospitalaria y edificación de clínicas y demás infraestructura en materia de salud y seguridad social.

- Segundo, que la evolución de las fuentes de financiamiento del sistema tendían a la alza, siendo sustentadas tanto por la expansión de la economía nacional y el empleo formal, así como por la capacidad del Estado en materia de recolección tributaria (en particular el IMSS desarrollo toda una infraestructura de recaudación con relación al registro patronal y el esquema de aportaciones obrero-patronales), dando como resultado un mayor dinamismo del sistema de seguridad social, por el uso de las cotizaciones tripartitas y del financiamiento tributario como base financiera de la expansión de los servicios de salud y sus demás prestaciones relacionadas.
- Tercero, que El progreso de la deuda pública resultaba ser en última instancia, el esquema financiero que se sustentaba el déficit público para el progreso de los servicios de salud, lo que impactó en el incremento de los costos en los servicios de seguridad social, mismos que se tradujeron excesos en el costo del financiamiento contratado por el Estado y en el uso de los servicios y prestaciones ofrecidas por los institutos como las pensiones, el abasto de medicamentos y el deterioro de los plazos para la ejecución de estudios preclínicos y las cirugías programadas, entre otros.

Durante esta etapa, el sistema de salud se caracterizaba por ofrecer cobertura a los empleados formales ligados a las empresas privadas, empresas públicas y fuerzas armadas a cambio de una aportación que se recaudaba de tres diferentes fuentes (aportación tripartita).

El cuadro 4 muestra los principales eventos que marcan el desarrollo histórico de la seguridad social en México durante la etapa del Estado de Bienestar, así como el sector o tareas en las que estos eventos impactaron. Se observa por ejemplo la consolidación del médico como profesionista, la creación de diversas instituciones de seguridad social, como el IMSS, ISSSTE y otros vinculados a las tareas del cuidado de la salud.

Cuadro 4. Eventos relevantes durante el Estado de Bienestar

Años	Evento	Sector de impacto
1900	Consolidación del médico como profesionista	Salud privada y salud pública
1905	Se crea el hospital general de México	El estado interviene en la salud pública
1917	Se consagran las garantías sociales en la constitución, especificándose sujetos y objetos materia de la seguridad social	Se conforman las primeras cajas de seguros populares bajo el marco de la ley de seguridad social
1925	Se crea la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, la cual otorgaba a todos los prestadores de servicios del estado los beneficios de seguridad social	Se consolida el marco jurídico de la seguridad social más allá de los servicios médicos
1926-1936	Se consolidan las prestaciones del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas	Primer antecedente solido de la seguridad social como modelo de atención en salud y protección social
1938	Nace petróleos mexicanos	Se establece su servicio médico para los trabajadores de PEMEX
1943	Se crea el IMSS, EL Instituto Nacional de Pediatría, y el de nutrición.	Se establece la seguridad social para los empleados formales de la iniciativa privada y la asistencia pública para población no afiliada por parte de la Secretaria de salud
1959	Se crea el ISSSTE	Se consolida la seguridad social para trabajadores del estado
1961	Es emitida la “Ley de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas”	Se consolida la seguridad social para las fuerzas armadas

Fuente: Elaboración propia con datos de Gomes 2002, Lamosa (2017) y el ISSFAM (2016)

Se puede entender que el sistema de seguridad social tuvo grandes avances sostenidos por la articulación estratégica y financiera del Estado, constituyendo y operando distintas instituciones especializadas para prestar seguridad social, acompañadas de infraestructura física en hospitales, oficinas, planes, programas, presupuestos y recursos humanos distribuidos en todo el país que garantizaron la salud y seguridad social.

Después de la década de 1960, la seguridad social en México aún gozó de un decenio más de florecimiento y consolidación en manos del Estado, antes de que se comenzara gestar la transición hacia un mercado administrado, en donde el agotamiento del modelo de intervención estatal en México y en el mundo solicitaba de un nuevo modelo de salud y seguridad social basado en la rectoría del mercado y no del Estado, por la imposibilidad de este para continuar sosteniendo el gasto en salud y toda la infraestructura física e institucional que esto implicaba.

1.2. Salud en Mercado Administrado

Desde finales del siglo XX e inicios del siglo XXI se ha observado un proceso de consolidación del liberalismo económico y globalización a escala mundial, que ha repercutido también en la transición de las funciones de los Estados Nacionales, en donde estos últimos tienden a reducir gradualmente sus funciones estratégicas, para dedicarse a fomentar la inversión privada en todos los sectores de la economía.

Este proceso ha repercutido de manera distinta en cada país. Para el caso de México, Rivas (2017) argumenta que la crisis económica observada durante la década de 1980 y el posicionamiento de las políticas del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial durante el mismo periodo, crearon una coyuntura histórica que “llevó al cuestionamiento del modelo de desarrollo anterior” (Rivas, 2017) y facilitó con ello, la instauración de las estrategias económicas de libre mercado y la disciplina fiscal como herramientas para impulsar una nueva etapa de crecimiento guiado por el mercado, quien lograría incrementar la productividad, la competitividad y la mayor eficiencia económica del país.

En este contexto, los servicios de salud tienden a administrarse cada vez más como *Servicios Privados* y se reduce la participación del Estado; reduciendo con ello también, la carga fiscal del Estado para prestar servicios de salud a una población en constante crecimiento a la par que sus recursos financieros se ven restringidos por los programas de austeridad en el ejercicio del gasto público.

Al nuevo modelo de administración de los sistemas de salud, resultante de este proceso, se le ha denominado como un modelo de Salud Administrada o Mercado Administrado, en el que a la par que el Estado se retira a la esfera de la regulación de estos servicios y da paso a una cada vez mayor presencia privada en los servicios de salud, llevando también a una adecuación constante de los sistemas de Asistencia Pública y de Seguridad Social, a una administración dictada por las fuerzas del mercado y el sector privado.

El modelo de salud administrada es un desarrollo teórico por parte de Enthoven (1988) basado en el contexto de los servicios de salud estadounidenses, dicho desarrollo es tomado la OMS dentro de sus postulados de universalización de los sistemas de salud y trasladado hacia América latina bajo el nombre de pluralismo estructurado recomendado por Londoño y Frenk (1997).

De acuerdo con la OMS (2005) hay tres ejes que deben atenderse y ser separados de la administración pública, haciendo participe al sector privado para la

conformación de este modelo: 1) la recolección de fondos para mantener y crecer los servicios de salud; 2) la administración de fondos y 3) la compra de los bienes servicios necesarios para continuar con la operación del sistema de salud, lo que significa reducir la participación del Estado en la operación de todo el sistema.

- La primera, se traduce por ejemplo en la creación y fortalecimiento gradual del sistema de cuentas individuales del sistema de ahorro para el retiro, o en su defecto, un sistema de seguros privados donde cada institución recolecte sus propios fondos.
- La segunda, implica por ejemplo la creación de fondos mutualistas de financiamiento en manos privadas con recursos públicos como la conformación de cajas de salud.
- La tercera, por su parte significa incorporar proveedores privados a la cadena de aprovisionamientos para el servicio de salud, como la infraestructura, el equipamiento y los recursos humanos a partir de la subcontratación de los mismos.

Estas medidas tienen como base de su propuesta el uso de las prácticas y la infraestructura privadas en materia de administración de los distintos recursos del sistema de salud, especialmente los financieros, para que la eficiencia del sector privado competitivo facilite la obtención de ahorros en recursos humanos y monetarios por parte del Estado

Esto implica por ejemplo, separar el financiamiento de los servicios de salud de la provisión de los mismos, lo que permitiría que más agentes privados participen de los beneficios del sistema de salud y sus recursos (empresa financiera, aseguradoras, clínicas y/o centros hospitalarios privados), logrando con ello, la presencia de más agentes en el mercado, logrando una mayor competencia y mejores condiciones de contratación de servicios para los usuarios basados en la calidad y eficiencia de los proveedores de servicios.

Las etapas de conformación de este modelo en México se presenta con la propuesta de desarrollo y fortalecimiento de los *Sistemas Locales de Salud* (SILOS) que en 1980 aprobó la Organización Panamericana de la Salud como medida para la transformación de los sistemas nacionales de salud como lo refiere Paganini (2007), el desarrollo de estos, se basa en el concepto de municipio o comunidad saludable,

siendo ésta, la unidad administrativa básica para conducir la descentralización de los servicios públicos y transformar la administración de los sistemas de salud².

El impulso a los sistemas nacionales de salud fue auspiciado por los consensos que la OMS y otros organismos internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, quienes lo abanderaron como una de tantas vías de introducir las reformas estructurales de la etapa neoliberal.

De acuerdo a la OMS, existen tres elementos básicos para implementar el modelo, es decir: 1) el principio de Universalidad como mecanismo de cumplimiento en cuanto al derecho de acceso a la salud para todas las personas; 2) La atención primaria, como respuesta a los problemas de financiamiento de recursos para solventar las demandas de salud dentro del marco de una cobertura total; y 3) la atención centrada en el individuo, concepto que legitima el uso de sistemas de contribución individualizada. Esta última, permite la inclusión de prestadores de servicios y financiamiento privado como opción ante la problemática financiera producto de las crisis internacionales. (Cárdenas, 2013:32)

En América latina y México incluido, la transición de la seguridad social hacia el modelo de salud administrada se ha dado en dos etapas llamadas *reformas de primera y segunda generación*. Autores como Gutiérrez (2002) y Laurell (2013) coinciden en que la primera reforma se gesta en la década de los ochenta y mediados de los noventa dependiendo el país en cuestión y la segunda reforma abarca desde finales de los noventa hasta el año 2000.

En el caso particular de México, las reformas de primera generación se dieron a través de la descentralización de los servicios de salud relegando actividades administrativas de la Secretaria de Salud hacia las entidades federativas, tales como la operación de los centros de salud, todo ello, basado en el modelo de los SILOS recomendado por la OPS.

Para la década de los noventa, los cambios en México fueron más específicos, por ejemplo, Gutiérrez (2002) describe las modificaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como parte del plan nacional de desarrollo 1989-1994 hacia la modernización de la empresa pública, según el autor este documento estipula el

² De acuerdo con Paganini (2007:70) El concepto de promoción de la salud a nivel municipal llevó al desarrollo de la propuesta de municipios saludables (Paganini, 1995). Esta propuesta tiende a definir el espacio geográfico en función de las características latinoamericanas respecto a la unidad político-administrativa de base: municipio, alcaldía, departamento. El origen de esta propuesta según lo refiere el autor se encuentra en el proyecto de ciudades saludables que se desarrolla en Europa bajo el patrocinio de la OMS en 1985.

cambio de un organismo centralizado a una descentralización de servicios en forma regional.

Laurell (2013) plantea que el segundo grupo de reformas del sistema de salud en México puede ubicarse a finales de los noventa y la primer década del siglo XXI, el cual tiene como objetivo “separar la administración de los fondos de salud y la prestación de los servicios de salud” como medidas de introducción del nuevo modelo, resultando en la conformación de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y el desarrollo de la figura mercantil de las Instituciones de Seguridad Especializadas en Salud (ISES).

2. Etapa Actual

De la labor de la OMS para el siglo XXI destacan las recomendaciones de política para promover el mejoramiento de la salud humana y social a nivel mundial, que han sido acompañadas por el modelo de reformas estructurales impulsadas por el Banco Mundial, tales como las del análisis de los determinantes sociales de la salud, la introducción de la cobertura sanitaria universal, el tratamiento del proceso mundial de envejecimiento y sus retos en materia de la salud, entre otros.

En 2017, la OMS emitió un documento a manera de recuento de los logros y retos que dicho organismo y la comunidad internacional han generado durante la última década en cuanto al tema de salud. Entre las conclusiones de dicho documento se encuentra la persistencia de los retos impuestos en la mayoría de los objetivos de la OMS debido a la mala calidad de los datos sanitarios necesarios para el seguimiento de los progresos y la evaluación del cambio, así como el carácter vago y difuso de muchos mecanismos de rendición de cuentas por el desempeño (OMS, 2017).

En el continente americano el panorama no es distinto, ya que persiste la baja consecución de los objetivos del Milenio en mucho de los países de la región, tanto por la baja capacidad financiera, estratégica y operativa de los países para manejar sus propios sistemas de salud, como por ser de las regiones con mayores índices de desigual en el mundo en cuanto a distribución del ingreso.

Los retos de la salud en la región se caracterizan por presentar problemas en el desempeño de las políticas de financiamiento de los sistemas de salud, donde el nivel de gasto sigue siendo insuficiente, llegando incluso a caracterizarse por un alto nivel de dependencia a recursos externos a los sistemas de salud y una tendencia a la alza en los costos de la salud.

El balance que presenta la OMS sobre el proceso de transición en el que se encuentra inmerso actualmente el sistema de salud en América latina y el Caribe muestra un alto debilitamiento de la participación del estado en las tareas relacionadas al cuidado de la salud, acompañado por un deterioro de los sistemas nacionales de salud pública³.

El panorama para México no es diferente del resto de Latinoamérica, los aspectos considerados por la OMS como aspectos sujetos de revisión parecen mantenerse después de casi 3 décadas de cambios, ya que persiste la necesidad de extender la protección social de manera efectiva permitiendo el acceso a los servicios, procurar la seguridad financiera, robustecer la solidaridad en el financiamiento de los sistemas de salud y aumentar los resultados en cuanto a dignidad y respeto a los derechos de los pacientes en la atención de salud.

Se puede concluir que en la actualidad los retos de la transición en el modelo de salud propuesto por la OMS y que se ha venido aplicando en el país, persisten en la forma de una fase incompleta en el viraje al tipo de atención médica del sistema mismo, en donde no se mantienen elementos tradicionales del sistema de salud y atención social característicos del modelo del Estado de Bienestar, pero que tampoco se ha terminado por adoptar de manera completa un modelo de salud por Mercado Administrado.

También se cuenta con una deficiencia central en el sistema de salud, pues el enfoque del sistema entero se dirige hacia la atención curativa por sobre la atención preventiva, lo que significa que el sistema opera de manera posterior a que surgen los problemas en salud, a través de una atención médica que procura llevar a las personas de regreso a un cierto nivel de calidad de vida una vez que esta ya se ha perdido, en vez de invertir el esfuerzo y recursos, tanto privados como públicos para prevenir en primera instancia la pérdida de la calidad de vida y el deterioro de la salud.

Se puede entender entonces que durante los últimos años, la atención primaria del modelo de salud mexicano persiste en una posición incompleta y reactiva; donde además la Secretaría de Salud reconoce que se mantiene la duplicidad en los servicios médicos que se ofrecen a la población mexicana, lo que deriva en la fragmentación del

³ El texto de la OMS establece la siguiente balance a nivel regional: “Los procesos de reforma del sector salud impulsados en la década de los noventa en América Latina y el Caribe centraron su atención en aspectos financieros y organizacionales, marginando aspectos esenciales de la salud pública. Esos procesos debilitaron el papel del Estado en áreas claves, y se registró un deterioro sostenido de la capacidad de los ministerios de salud para el ejercicio de su función rectora y el desarrollo de las funciones esenciales de salud pública”.(OMS, 2017:17)

sistema entero, el cual queda fragmentado en tres subsistemas vigentes, todos ellos mutuamente excluyentes entre sí en la mayoría de los casos, lo que resulta en un uso ineficiente de los recursos públicos y privados (Salud, 2018).

Capítulo III: Instituciones de Salud Pública Federal

En este capítulo se presentan y se analizan las diversas instancias gubernamentales dedicadas actualmente a prestar los servicios de salud a nivel federal, sus prioridades, sus ámbitos de acción; así como la dinámica del gasto aprobado y ejercido por estas instituciones entre los años 2012 y 2017.

El capítulo se divide en tres subíndices.

- El primero muestra el marco institucional que dicta las características, alcances, limitaciones e instrumentos del sistema de salud pública del país.
- En el segundo se establece un análisis global del sistema de instituciones de salud pública federal, mostrando las que se enfocan en la prestación de servicios a través de la Asistencia Pública, la Seguridad Social y su impacto en las finanzas públicas.
- El tercer subíndice se enfoca en presentar con detalle las características, prioridades y la dinámica de gasto de cada una de estas Instituciones durante el periodo de estudio.

1. Marco Institucional

El Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de toda persona a la protección de la salud; en él se enuncia este derecho de la manera siguiente:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.” Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La Ley reglamentaria del Artículo 4º, es la Ley General de Salud, en ella se establecen las bases y modalidades a las que hace referencia el texto constitucional. En el Artículo 5º de esta Ley se constituye el Sistema Nacional de Salud como un sistema fragmentado, formado por un conjunto colaborativo de entidades gubernamentales, sociales y privadas que coadyuvan a lograr el derecho pleno a la salud y la atención a los distintos segmentos de la población que habita el país. La ley lo presenta con la siguiente definición:

“El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud”. Artículo 5º, Ley General de Salud.

Adicionalmente, el Artículo 7º de esta Ley establece que la coordinación del Sistema queda a cargo de la Secretaría de Salud, como cabeza de sector y que le corresponde, entre otras atribuciones, establecer y conducir la política nacional en materia de salud (fracción I) y coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal (fracción II).

Como complemento a esto, el Artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal determina la jerarquía institucional respecto al sistema de salud, en el se instituye que la Secretaría de Salud le corresponde establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, definiendo a estos como parte de un todo inseparable para lograr el derecho pleno a la salud.

Por otra parte, el Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018) estableció de manera explícita las cinco metas nacionales del sexenio; de las cuales, la segunda (México Incluyente) se encaminó en “garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos” (PND, 2013-2018: 21) mediante el logro de una política social que fortaleciera al capital humano del país, redujera las brechas de desigualdad entre las regiones y las personas; y promoviera un nuevo impulso a la productividad social.

En este marco, se enfatiza la necesidad por lograr proveer una red de protección social que logrará dos objetivos principales: Primero, la garantía al acceso al derecho de salud para todos los mexicanos⁴, entendiendo a este como un factor determinante para el desarrollo de las personas y del país, y segundo, la ampliación del acceso a la seguridad social⁵, para salvaguardar las condiciones de vida y salud de las personas, así como para incentivar su inclusión en la economía formal. (PND, 2013-2018: 53-54)

El Programa Sectorial de Salud (2013-2018) se desarrolló como complemento a lo contenido en el PND (2013-2018), conforme al sistema de planeación democrática nacional; este permite aterrizar las estrategias y acciones en materia de salud y seguridad social, a través de seis objetivos, 39 estrategias y 274 líneas de acción alineadas de manera estratégica a los objetivos planteados en el PND (cuadro 5).

⁴ Objetivo 2.3 (Asegurar el acceso a los servicios de salud) de la Meta II del PND (México Incluyente)

⁵ Objetivo 2.4 (Ampliar el acceso a la seguridad social) de la Meta II del PND (México Incluyente)

Cuadro 5. Alineamiento estratégico del PND y el Programa Sectorial de Salud

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategia(s) del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivo del Programa
México Incluyente	2.1. Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida e incrementar su capacidad productiva. 	Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad. 	Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad. 	Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad. 	Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
México Incluyente	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal. Mejorar la atención de la salud a la población en situaciones de vulnerabilidad. Promover la cooperación internacional en salud. 	Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.
México Próspero	4.1. Mantener la estabilidad macroeconómica del país	<ul style="list-style-type: none"> Promover un ejercicio eficiente de los recursos presupuestarios disponibles, que permita generar ahorros para fortalecer los programas prioritarios de las dependencias y entidades. 	Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.

Fuente: Programa Sectorial de Salud (2013-2018)

2. El Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud se ha encontrado históricamente fragmentado en subsistemas que atienden a distintos segmentos de la población, este se ha planteado a través de tres grandes subsistemas, dos de ellos a cargo del sector público, es decir de los subsistemas de Seguridad Social y de Asistencia Pública, y el tercero a cargo del sector privado⁶.

El subsistema de Seguridad Social, presta servicios a la población cuya fuente de empleo se encuentra en el mercado formal de trabajo, sus servicios son distribuidos entre la población a través de distintos organismos como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); el Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE); los servicios de salud de Petróleos Mexicanos (PEMEX); el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM), los servicios médicos para el personal de la marina de México, y los servicios de salud estatales derivados de una extensión del ISSSTE, conocidos como ISSSTE estatales.

⁶ El tercer subsistema queda fuera de los alcances de la investigación

El segundo subsistema de carácter público, es el encargado de brindar la Asistencia Pública, éste ofrece cobertura principalmente a los grupos económicos más vulnerables del país, aquellos cuyo sustento económico proviene de un ingreso basado en fuentes de empleo informal y por tanto, sin acceso a los servicios provenientes de algún tipo de seguridad social, en este subsistema opera el programa Seguro Popular, el IMSS-Oportunidades (IMSS-O); los servicios e infraestructura de la Secretaria de Salud (SSa) y finalmente los Servicios Estatales de Salud (SESA).

El total del gasto ejercido para satisfacer las necesidades de atención a la salud realizadas mediante estas instituciones, tanto públicas y del sector privado, reflejan el esfuerzo acumulado tanto de las personas, sus familias, las empresas y el gobierno, medido en unidades monetarias, para atender las necesidades de los distintos sectores de la población, dependiendo la relación que estos tengan con uno u otro de los subsistemas que componen al Sistema Nacional de Salud.

El gasto puede ser cuantificado a nivel de todo el Sistema Nacional, como de cada uno de los subsistemas e incluso por cada una de las instituciones que lo componen, en tanto que incluso a nivel de cada una de las instituciones se cuenta con distintas magnitudes de esfuerzo de las empresas, el gobierno y las personas para atender sus necesidades.

Callejas (2017) identifica, a través de los datos del gasto público y de cobertura poblacional, que la mayor parte de la población asegurada en el país se encuentra afiliada a alguno de los dos subsistemas salud de carácter público; en su estudio resalta el papel de la Seguridad Social como modelo de servicios de salud predominante en el país durante gran parte del siglo XX, pero que sin embargo, durante las últimas tres décadas, derivado del crecimiento del empleo informal y la necesidad de una mayor eficiencia en la administración de los programas focalizados en salud, se ha venido a observar un redireccionado el gasto público hacia el modelo de Asistencia Pública.

Como se puede observar en el gráfico 1, tomado de la investigación de Callejas (2017) la población atendida y los recursos económicos canalizados a través de los distintos subsistemas del Sistema Nacional de Salud presentan un comportamiento diferenciado en donde la población cubierta por los servicios de salud privados canalizan mayores cantidades de recursos por persona atendida que los servicios públicos.

La estructura del gasto y atención del Sistema presentada por Callejas indica que durante las últimas décadas, entre 1990 y 2010, la canalización de recursos ejercidos anualmente por el subsistema privado promedia el 51% del gasto total del sistema,

mientras que los recursos públicos ejercidos mediante los subsistemas de Asistencia Pública y Seguridad Social concentran menos del 49% del total.

La estructura antes mencionada parece paritaria, pues asemeja un peso equilibrado entre el gasto de los subsistemas públicos y el privado, no obstante, el desequilibrio del sistema se aprecia cuando se contrasta la magnitud del gasto contra la población que es atendida por cada subsistema, en donde los subsistemas públicos prestan su servicios a entre el 70% y el 82% de la población, lo que es alrededor de 74 y 89 millones de personas dependiendo el año.

El sistema de cuentas de la Secretaria de Salud reportó en 2010 una cifra de 108,396,211 personas dentro de su tabulado de cobertura médica, en el cual la población afiliada a alguno de los subsistemas de orden público por cifras de derechohabencia arrojan una cobertura en salud pública de alrededor de 89,690,759 personas durante ese año, lo que representa un 82% de la población total nacional según la el censo de población de 2010, con lo que la estructura paritaria se diluye entre un universo desigual de usuarios.

Por otra parte, el gasto absorbido por el mercado privado de servicios de salud, es sostenido por recursos propios de las personas que se atienden en instituciones privadas y en una menor parte de la contratación de pólizas de seguros médicos ya sea contratadas por los patrones como beneficios laborales o contratadas de forma individual por el resto de las familias mexicanas que tienen el ingreso suficiente para costear las primas de aseguramiento.

Gráfico 1. Distribución porcentual del gasto total en salud y población atendida



Fuente: Presentado en Callejas (2017) con datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, promedio durante el periodo 1990-2010.
 Nota: los porcentajes están redondeados para ofrecer una mejor apreciación de las magnitudes

Callejas señala en su estudio de 2017, que el subsistema de Asistencia Pública ha presentado reformas que le han permitido ganar terreno en cuanto a cobertura poblacional, como consecuencia, este tiende a captar un gasto público creciente como consecuencia de dicha expansión en la cobertura, debido a la incorporación de un modelo que soporte los servicios de salud hacia la población más vulnerable y también para aquella que bajo su condición laboral ha quedado fuera del esquema de la seguridad social.

En este punto, la Asistencia Pública dentro del gasto en salud está fundamentada con base en la propuesta de salud universal que promueve la OMS como parte de la perspectiva de salud como un derecho para todos.

El gráfico 2 muestra la tendencia de cambio en el financiamiento público, que menciona el autor, dicha modificación está dirigida a acrecentar el modelo de Asistencia Pública como estrategia de ampliación de la cobertura poblacional en materia de servicios de salud.

Gráfico 2. Tendencia en la distribución del gasto público destinado a salud por régimen de aseguramiento.



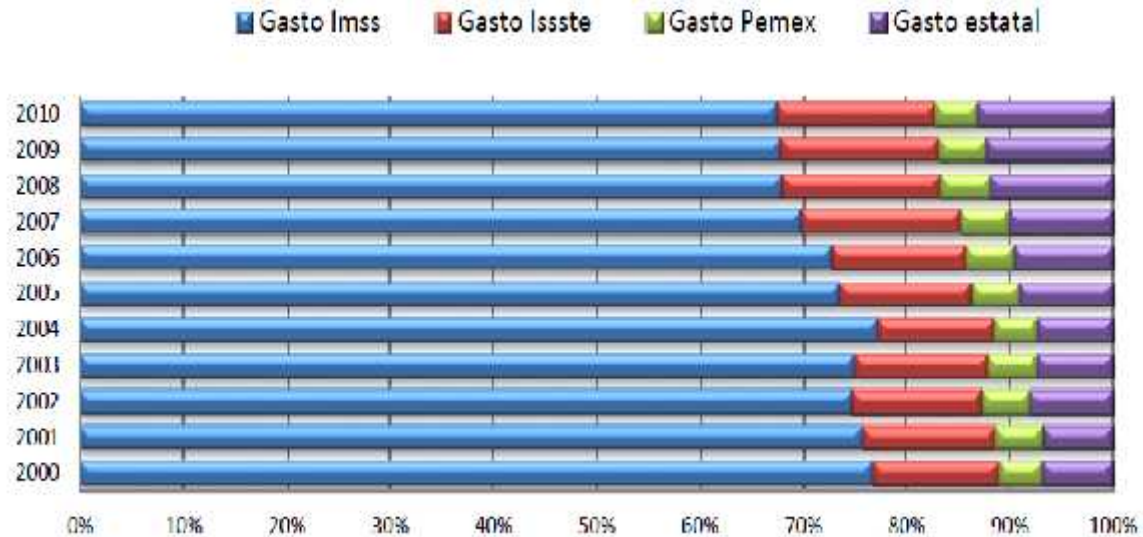
Fuente: Elaborado con base en (Callejas 2017) con datos de la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2012

Notas: 1/ El Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social = Gasto Estatal en Salud + Gasto del Ramo 12 + Gasto del FASSA + IMSS-Oportunidades. 2/ El Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social = Gasto del IMSS + Gasto del ISSSTE + Gasto de PEMEX..

A pesar de los cambios en cuanto al redireccionamiento del gasto público en salud no es posible descartar la Seguridad Social como modelo de importancia en todo análisis del gasto público en salud, puesto que su peso relativo continúa siendo mayor al 50% respecto al total del gasto público, particularmente se vuelve importante el seguimiento hacia el IMSS y el ISSSTE, como organismos más representativos de este subsistema, ya que ambos absorben poco más del 80% del presupuesto público para la Seguridad Social.

Como se puede observar en el gráfico 3, el IMSS continúa cargando más del 60% del gasto en salud dentro del subsistema de seguridad social, aunque va perdiendo peso relativo respecto al gasto ejercido por el ISSSTE, y sobre todo por los gastos ejercidos mediante instituciones de salud estatales, las cuales han incrementado su peso relativo respecto al gasto en la casi la misma medida en la que el IMSS reduce su financiamiento.

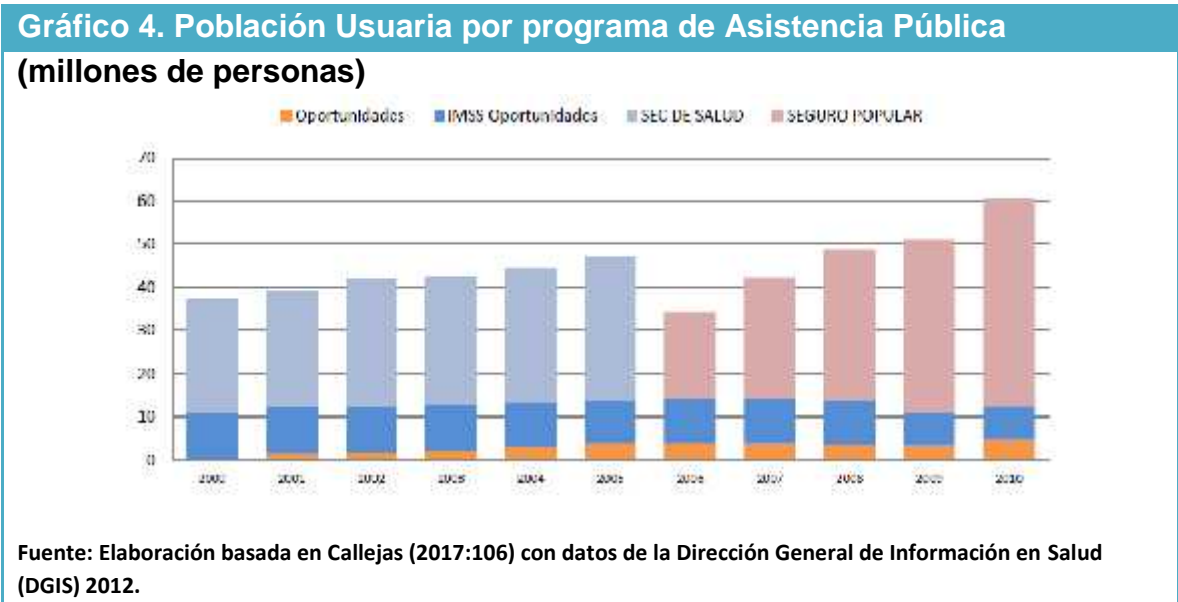
Gráfico 3. Distribución del gasto en Seguridad Social



Fuente: Tomado de Callejas (2017:87) con datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de cuentas en salud a nivel federal y estatal, 1990-2010. Nota: No se incluyen fuerzas armadas (SEDENA, SMARINA).

Nota: Es el Gasto en Salud efectuado con recursos propios de los Estados de la República, como por ejemplo el Instituto de Salud y Seguridad Social del Estado de México y sus Municipios.

Resulta de suma importancia considerar que con la transición del sistema de salud, hacia el modelo de atención de servicios básicos, el subsistema de la Asistencia Pública se está reestructurando y una parte importante de dicha reestructura es la migración de parte de los servicios que presta la Secretaría de Salud hacia el control y provisión por parte del Seguro Popular, tal y como lo muestra el gráfico 4.



Se tiene por tanto que ambos subsistemas conforman la porción de servicios en salud públicos de México, donde el gasto total de los sistemas de salud del país duplica la magnitud del gasto público destinado a instituciones tanto federales como estatales de salud, siendo que la población con mayores ingresos ejerce más de la mitad del gasto en salud mediante servicios privados, y donde la mayor concentración de la población depende de subsistemas donde se vierten menos recursos por persona.

3. Instituciones de Salud Pública Federal

El presente apartado muestra las principales instituciones de salud pública federal y la magnitud del gasto público destinado a ellas para costear sus servicios a su población beneficiaria; primero se presentan las Instituciones agrupadas en el subsistema de Seguridad Social como el IMSS, el ISSSTE y otras de menor peso, como el ISSFAM, entre otros; para posteriormente presentar las instituciones agrupadas dentro de los servicios de Asistencia Pública, como el seguro Popular, entre otros.

3.1. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

El Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, manda la protección del trabajador y sus familias, por ello, queda como una obligación constitucional del Estado la de proporcionar la seguridad social a su población, siendo esta tarea reglamentada por lo dispuesto en la Ley del Seguro Social, en donde también se dispone para esos fines la operación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

El IMSS fue fundado en 1943, actualmente opera como un organismo descentralizado del Estado, lo cual le permite tener la administración de su propio patrimonio, así como también llevar a cabo la fiscalización (recaudación) de sus propios recursos, cuyas fuentes parten de las aportaciones que los trabajadores afiliados realizan junto con aportaciones del empleador y finalmente una cuota social del Estado como apoyo a este subsistema y sus trabajadores.

El IMSS cuenta con un régimen obligatorio, lo que significa que todo trabajador contratado de manera formal por una empresa privada, está obligado a ser registrados por dicho patrón dentro del sistema de seguridad social que brinda el IMSS, comprometiéndose ambas partes patrón y empleado a realizar las aportaciones correspondientes que la ley estipula para que con ello el asegurado y sus beneficiarios puedan gozar de los servicios y prestaciones que el instituto proporciona.

El régimen de seguridad social del IMSS se compone de cinco coberturas o seguros: 1) Seguro de enfermedad y maternidad; 2) Seguro de riesgos de trabajo, 3) Seguro de invalidez y vida, 4) Seguro de retiro y vejez, y 5) otras prestaciones sociales, como el seguro de guardería, entre otros.

El seguro de enfermedades y maternidad del IMSS es un seguro médico que se administra y se produce por parte del Instituto mismo, de tal manera que se cuenta con una red de clínicas y hospitales donde los pacientes afiliados tienen derecho a la atención médica, quirúrgica-hospitalaria, obtención de fármacos y los tratamientos que se requieran desde el primer hasta el tercer nivel de atención médica. Los niveles de atención médica van desde el primero que corresponde a tratamientos básicos y preventivos, segundo nivel que corresponde a intervenciones quirúrgicas y hospitalarias y el tercer nivel que conlleva servicios más especializados y actividades de investigación.

El resto de los seguros proveen una serie de compensaciones económicas y pensiones producto de algún accidente de carácter laboral, del retiro por edad avanzada o por años de servicio productivo completados, así como apoyos por lactancia, tales como guarderías, entre otras.

En el manual de organización de Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se plasman sus objetivos y políticas institucionales (cuadro 6), las cuales, plantean como objetivo prioritario el generar los mejores resultados en salud y atención al derechohabiente y preparar al instituto rumbo a un esquema unificado de prestación de servicios de salud, en donde, el fortalecimiento de su viabilidad financiera de largo plazo lleva a una administración de sus recursos de manera más eficiente y menos costosa.

Cuadro 6. Objetivos y políticas institucionales del IMSS

Objetivos	Políticas institucionales
<p>Mejorar la capacidad de gestión y operación del Instituto Mexicano del Seguro Social para obtener mejores resultados en salud y atención al derechohabiente.</p> <p>Preparar al Instituto en el Sistema Integrado de Salud, con el propósito de asimilar la transición hacia un esquema unificado de prestación de servicios de salud.</p> <p>Fortalecer la viabilidad financiera del IMSS, con la finalidad de preservar el patrimonio institucional a mediano y largo plazos, a través de un gasto eficiente, transparente y el incremento de los ingresos institucionales.</p> <p>Otorgar a los trabajadores mexicanos y a sus familias la protección ante contingencias, tales como enfermedad, invalidez, vejez o la muerte; así como también proporcionar un conjunto de servicios sociales de beneficio colectivo que complementen las prestaciones fundamentales, a fin de mejorar los niveles de bienestar, cultivar aficiones artísticas y culturales y contribuir en la redistribución de la riqueza y justicia social en el país</p>	<p>Ser un elemento fundamental para la redistribución del ingreso nacional, mediante la generación del ahorro interno y la protección de la salud de la población amparada.</p> <p>Disponer de las capacidades suficientes para seguir respondiendo a las expectativas de sus derechohabientes y de la sociedad en general. Mantenerse a la vanguardia de los sistemas de seguridad social en el mundo.</p> <p>Administrar sus recursos de manera adecuada a efecto de garantizar sus obligaciones, proporcionar servicios de calidad y ampliar la cobertura conforme a las necesidades de la población derechohabiente.</p> <p>Realizar los estudios actuariales necesarios para dimensionar y adecuar al Instituto a sus nuevas circunstancias.</p> <p>Elevar la calidad y calidez de los servicios que proporciona a la población derechohabiente.</p> <p>Fortalecer la prestación de servicios en todos los niveles de Atención Médica. Modernizar los sistemas de administración financiera y presupuestal. Introducir alta tecnología de la información en los procesos institucionales. Profesionalizar y adecuar la administración de personal.</p> <p>Establecer un régimen más transparente para la creación de reservas de los distintos ramos de aseguramiento. Incrementar y fortalecer la incorporación y recaudación del Seguro Social.</p> <p>Enfrentar los desafíos de la transición demográfica y epidemiológica del país. Realizar un mayor esfuerzo para preservar la salud de toda la población, y en lo particular, para mejorar la calidad de vida de la población en situación de retiro.</p> <p>Preservar su carácter público, de integración tripartita y con una orientación decidida hacia la solidaridad social y el bienestar de la población.</p>

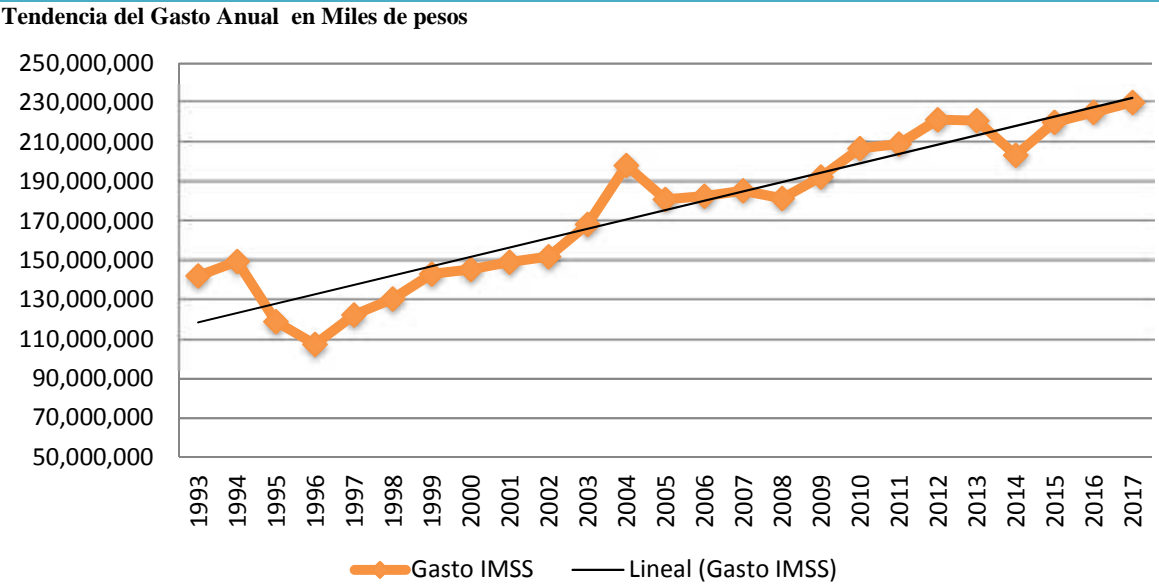
Fuente: Manual de organización de Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Si se evalúa la dinámica del gasto público ejercido a través del IMSS se puede observar que este ha mantenido una tendencia general hacia un crecimiento sostenido durante los últimos 20 años (gráfico 5), en donde se ha alcanzado a duplicar la magnitud de sus recursos, donde se pasó de un gasto de 107 mil 422 millones de pesos ejercidos durante el año 1996, hasta alcanzar un nivel mayor a los 220 mil 226 millones de pesos durante el año 2015, lo que equivale a un crecimiento absoluto del 205% entre ambos años.

También se tiene que el nivel máximo de gasto observado durante este periodo se alcanzó durante el ejercicio fiscal del año 2012, en el cual, se superaron los 221 mil 505 millones de pesos, año a partir del cual se alcanza un promedio de gasto por 216 mil millones de pesos anuales entre 2012 y 2015, lo que contrasta contra el promedio alcanzado durante los 4 años inmediatos anteriores (2008-2011), donde se promedió un gasto de inferior a los 198 mil millones, lo que es un gasto promedio menor de alrededor de 10 puntos porcentuales.

Si bien existe una tendencia general al crecimiento, se han observado periodos de menor aceleración e incluso estancamientos, como los que se encuentran presentes entre los años 2005 y 2008, los cuales presentan magnitudes de gasto ejercido similares, ligeramente mayores a los 181 mil millones de pesos, a pesar de estar separados por una brecha de cuatro años sin crecimiento sustancial.

Gráfico 5. Evolución del gasto del IMSS (1993-2017)



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2015.

Entre los años 1993 y 2015 se ha contado con una tasa de crecimiento promedio anual no mayor al 2.3 %.

El periodo se ha caracterizado por una tendencia con altibajos en las tasas de crecimiento observadas año con año, en donde los periodos de mayor crecimiento han sido los observados entre los años 1997 a 1999 y entre 2002 y 2004, donde se promediaron crecimientos superiores los 10 puntos porcentuales por año, alcanzando tasas de 10% y 14.3% promedio anual respectivamente.

Por el contrario, los periodos con caídas más profundas se presentaron durante los años de 1995, 1996, 2005 y 2014, en los cuales se alcanzaron contracciones en el gasto de entre 7 y 20 puntos porcentuales respecto a sus años inmediatos anteriores.

Si se evaluara únicamente el periodo comprendido entre los años 2012 y 2015 se tendría una dinámica en dos etapas, donde la primera mostró una tendencia marcada hacia la contracción del gasto ejercido por el IMSS, el cual pasó de 221 mil 550 millones de pesos en 2012 a 203 mil millones de pesos en 2014, lo que implicó una contracción mayor al 7.9 por ciento del gasto entre los años 2013 y 2014, el cual se vio acompañado de una segunda etapa de caracterizada por una ligera recuperación para el año 2015, donde se alcanzó a ejercer 220 mil millones de pesos, los cuales no fueron suficientes para alcanzar el nivel de gasto máximo de 2012, pero si para retomar una tendencia consistente con una evaluación de largo plazo.

Las variaciones de crecimiento más profundas sucedieron en etapas de crisis como el periodo de 1994-1996 propio de la crisis mexicana de 1994; la etapa entre 2000-2002 propia de una recesión mundial, y finalmente 2005-2008 que precede y empata con la crisis financiera de los Estados Unidos de 2007 y finalmente como una consecuencia de los problemas económicos de México en la última década.

Las variaciones del gasto público en el IMSS como producto de los periodos señalados, tiene su explicación en las fuentes de ingresos con que se alimenta este instituto, ya que su financiamiento es tripartito, lo que significa que gran parte de los recursos provienen de empresas privadas, además dependen de los niveles de empleo formal en cuanto a contribuciones de los asalariados se refiere. En consecuencia el efecto de las crisis en el crecimiento del país y en el aumento del empleo formal tiene un claro impacto en los recursos del IMSS.

La población usuaria de los servicios de salud del IMSS, es decir, el número de personas registradas que hacen uso de los servicios de salud de este instituto durante cada año, mostraron una tasa de crecimiento positiva que promedia el 3% anual durante la primera década del siglo XX. Esta tasa permitió experimentar un incremento absoluto superior a los 6 millones de usuarios entre el año 2000 y 2010, al pasar de 29.9 millones de usuarios durante 2000, a 36.1 millones durante 2010.

El gráfico 6 muestra que durante los años 2011 y 2012 se experimentó un salto positivo en la población usuaria de los servicios del Instituto, la cual se incrementó en 2 millones de usuarios anuales, alcanzando un nivel máximo de 40 millones 555 mil usuarios para el año 2012; no obstante en lo posterior, ésta cifra cae estrepitosamente, retrocediendo en 10 millones de usuarios, hasta alcanzar un mínimo de 30 millones para el cierre del año 2013, valor similar al alcanzado a comienzos de siglo XXI, durante los años 2000 y 2001.

Este fenómeno de fluctuación abrupta en el número de usuarios del instituto fue provocado principalmente por tres factores:

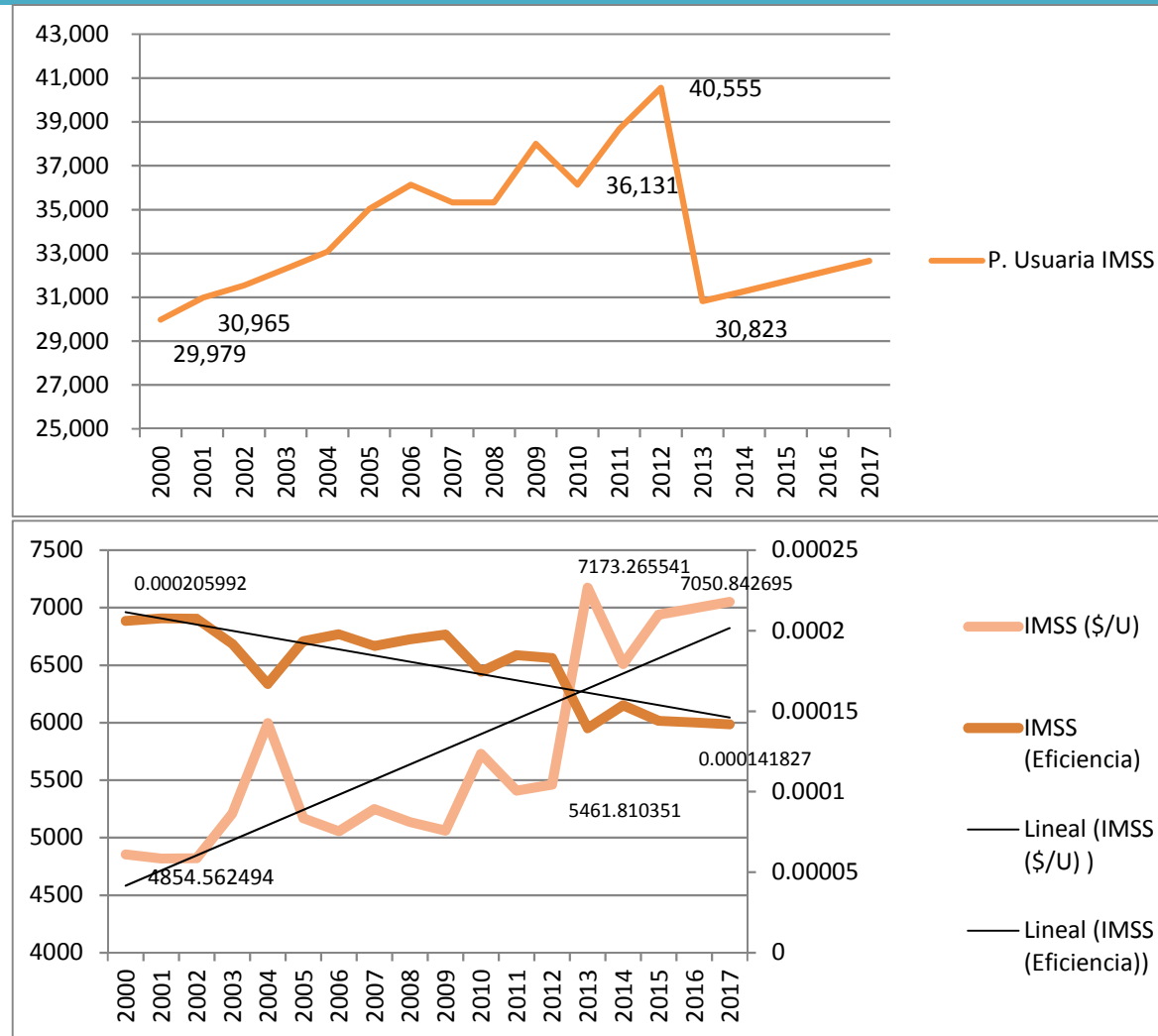
- Primero, al progreso de la atención a través del sistema de seguro popular, (que se abordará en un inciso posterior) el cual incrementó su participación en la atención a las personas y familias por proximidad mediante las clínicas locales.
- Segundo, debido a la constante migración de las personas y familias entre los distintos sistemas de salud pública para su atención medica dependiendo la complejidad de sus padecimientos, debido a que el régimen de afiliación actual permite la multiplicidad de afiliaciones a distintos sistemas al mismo tiempo y por tanto, que los beneficiarios se atiendan en la institución que les brinde el mejor servicio respecto a sus necesidades.
- Tercero, que existe un fenómeno de sustitución de los servicios públicos por el uso de los servicios del sector privado, según la capacidad económica de las personas para solventar una atención más pronta y oportuna, a pesar de que esto signifique un costo adicional.

Si se evalúa la eficiencia del gasto total canalizado a través del IMSS (agregando la participación tripartita) para la atención a sus usuarios a través del tiempo, se puede observar que este indicador se ha reducido a la mitad durante el periodo de estudio, es decir, que se ha reducido la eficiencia del gasto del instituto para lograr el bienestar de sus usuarios.

Esto significa también, que el costo promedio por atender a las personas que han solicitado atención al menos una vez por año se ha venido incrementando hasta

duplicar su magnitud en el año 2017 en comparación al costo promedio con el que se operó en el año 2000, pasando de costar la atención de poco más de 4 mil pesos por un usuario, hasta alcanzar más de 7 mil en 2017.

Gráfico 6. Población Usuaría y Eficiencia del gasto en el IMSS (2000-2017)



Promedio por Indicador y Periodo	2001-2006	2007-2012	2013-2017
Eficiencia	0.00019414	0.00018753	0.00014438
Pesos por persona	5178.68196	5341.45814	6933.71508

Fuente: Datos sobre usuarios de la institución provistos por el Sistema de Información en Salud de la Secretaría de Salud. Tabulado de servicios otorgados y programas sustantivos. Datos sobre el gasto total provistos por la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2015. Información para 2016 y 2017 estimada.

Cálculos propios elaborados mediante las siguientes funciones:

1) Medida de Eficiencia: Cantidad de personas atendidas por el gasto total de la institución medida anualmente $E = U \quad t_1 \quad / G \quad t_1$. 2) Pesos por usuario: Gasto promedio destinado por la institución para atender a cada uno de sus usuarios $P = G \quad t_1 \quad / U \quad t_1$

El gráfico 6 también muestra la transición de la eficiencia y el costo de la atención en el instituto por persona, en donde se alcanza a apreciar que los principales movimientos de estos indicadores se presentaron entre el año 2012 y 2013, donde se observa un salto en el costo promedio de la atención por persona de poco menos de 2 mil pesos, revés que continúa siendo el ms alto dentro del periodo y donde se alcanzó un nivel máximo de 7 mil 172 pesos promedio por usuario, costo mayor que el que se puede observar durante los años posteriores.

3.2. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Al igual que el IMSS, el ISSSTE basa su carácter institucional en el Artículo 123 de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, en la cual se considera al trabajador sujeto de derechos tales como la seguridad social. En su caso el apartado B de dicho Artículo establece a la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado como principal instrumento reglamentario, siendo esta, complementada por las disposiciones contenidas en la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Ley del ISSSTE).

El Título cuarto de la Ley del ISSSTE presenta las funciones y organización del instituto, dentro de las cuales el Artículo 208 presenta el conjunto de las 11 funciones principales que orientan su existencia y la prestación de sus servicios (cuadro 7).

Cuadro 7. Funciones del ISSSTE

#	Función
I	Cumplir con los programas aprobados para otorgar las prestaciones y servicios a su cargo.
II	Otorgar jubilaciones y pensiones
III	Determinar, vigilar y cobrar el importe de las cuotas y aportaciones, así como los demás recursos del Instituto
IV	Invertir los fondos y reservas de acuerdo con las disposiciones de esta Ley
V	Adquirir los bienes muebles e inmuebles necesarios para la realización de sus fines
VI	Establecer la estructura y funcionamiento, de sus unidades administrativas
VII	Administrar las prestaciones y servicios sociales, así como desarrollar las promociones señaladas en las fracciones XI, XII, XVII, XVIII y XIX del artículo 3o. de esta Ley
VIII	Difundir conocimientos y prácticas de previsión social;
IX	Expedir los Reglamentos para la debida prestación de sus servicios y de organización interna
X	Realizar toda clase de actos jurídicos y celebrar los contratos que requiera el servicio

XI	Las demás funciones que le confieran esta Ley y sus Reglamentos.
-----------	--

Fuente: Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Ley del ISSSTE)

Con el tiempo la ley del ISSSTE ha sufrido ajustes y cambios para enfrentar la evolución demográfica, la transición en materia de enfermedades y padecimientos, así como también la modernización de los factores que ha impulsado la globalización.

De acuerdo al Centro de Estudios de las Finanzas Públicas de la Cámara de Diputados, (CEFP, 2009) los principales ajustes al instituto observados durante las últimas décadas pueden encontrarse alrededor de 5 reformas principales, que son:

- a) La ampliación de prestaciones en 1983;
- b) la introducción de la Ley de ahorro para el Retiro en 1993, la cual introduce el *sistema de cuentas individuales* como un complemento a la pensión por jubilación;
- c) la incorporación de la figura de las afores para administrar los recursos del SAR en 2002;
- d) la opción del trabajador de retirar los recursos del FOVISSSTE una vez jubilado en 2005 y
- e) la reforma de 2007 que lleva al ISSSTE a semejanza del IMSS para empatar con el marco de unificación de la seguridad social en la búsqueda de conformar un sistema de salud homogéneo.

Con la reforma de 2007 se modificó el sistema de reparto en las pensiones y se reestructuraron las prestaciones del Instituto. Esto significa que el sistema de pensiones se dirigió hacia un sistema de contribución en donde se establecen las cuentas individuales de ahorro y estas quedan administradas por entidades privadas de ahorro (Afores), a la par que se modificaron las prestaciones ofrecidas por el instituto, quedando agrupadas en 8 categorías con el fin de homologarlas con las ofertadas por el IMSS (cuadro 8)

Cuadro 8. Prestaciones del ISSSTE

Seguros	Prestaciones
1. De salud 1.1. Atención médica preventiva; 1.2. Atención médica curativa y de maternidad 1.3. Rehabilitación física y mental	5. Préstamos hipotecarios y financiamiento en general para vivienda
2. De riesgos del trabajo	6. Préstamos personales 6.1. Ordinarios; 6.2. Especiales; 6.3. Para adquisición de bienes de consumo duradero, y 6.4. Extraordinarios para damnificados por desastres naturales
3. De retiro, cesantía en edad avanzada y vejez	7. Servicios sociales 7.1. Programas y servicios de apoyo para la adquisición de productos básicos y de consumo para el hogar; 7.2. Servicios turísticos; 7.3. Servicios funerarios, y 7.4. Servicios de atención para el bienestar y desarrollo infantil
4. De invalidez y vida.	8. Servicios culturales 8.1. Programas culturales; 8.2. Programas educativos y de capacitación; 8.3. Atención a jubilados, Pensionados y discapacitados, 8.4. Programas de fomento deportivo.

Fuente: Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Ley del ISSSTE)

Con esta Reforma también se modificó parte de la administración del ISSSTE, en lo que refiere a financiamiento y administración de los servicios, así como también aumentaron los porcentajes de contribución para los trabajadores, las dependencias y la cuota social del estado, todo ello con la finalidad de afrontar los nuevos retos del envejecimiento demográfico, el aumento de padecimientos crónico-degenerativos, y el cambio en las finanzas públicas para mantener el equilibrio macroeconómico.

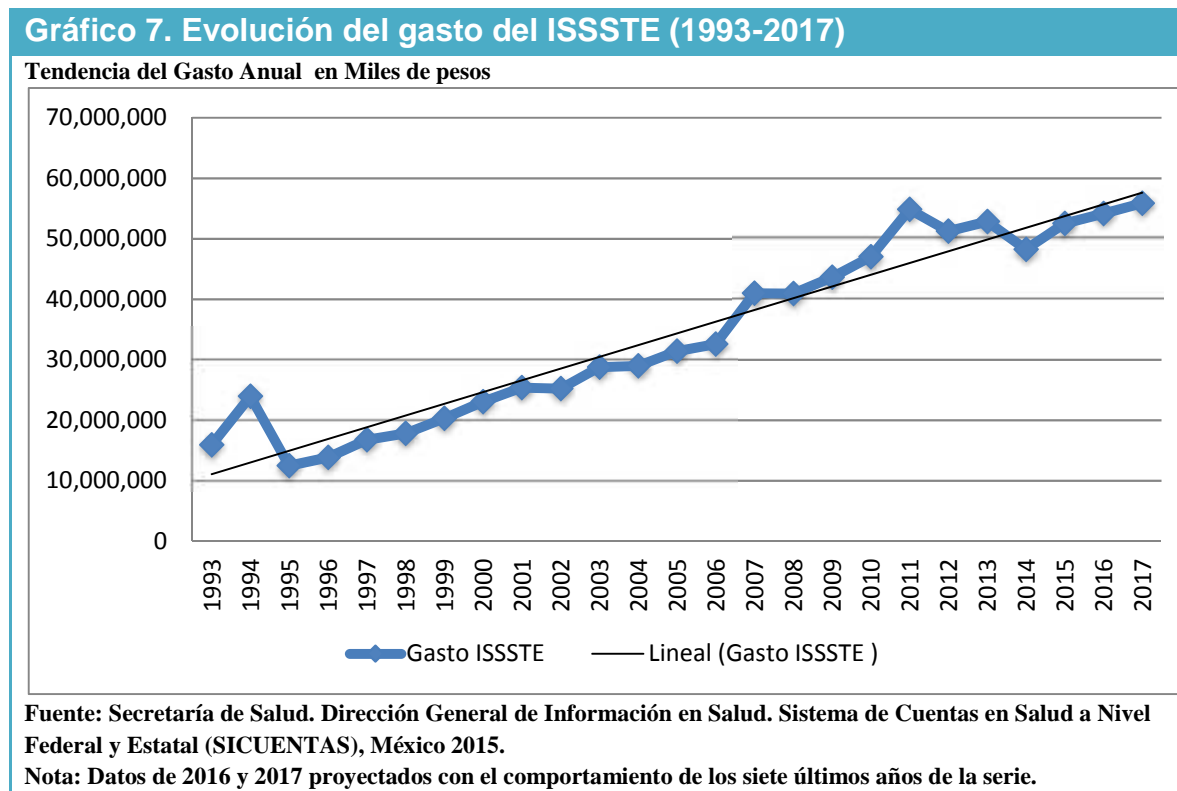
El gasto público federal en materia de seguridad social es desigual entre las instituciones que lo componen debido al tipo y número de población atendida por cada una de ellas, esto se puede apreciar de forma más clara al comparar el gasto ejercido por el ISSSTE respecto al ejercido por el IMSS, ya que las cifras del primero representan en promedio el 18 por ciento del gasto que se canaliza a través del IMSS a lo largo del periodo entre 1993 y 2015, lo que significa claramente que las dos principales instituciones de seguridad social mantienen una diferencia promedio de 5 a 1 respecto a su gasto.

El peso relativo del gasto del ISSSTE, respecto al del IMSS y el total del Sistema de Seguridad Social nacional ha ido incrementándose a través del tiempo, siendo que durante el ejercicio fiscal del año 1993, de cada peso ejercido por el IMSS, el ISSSTE ejercía poco más de 10 centavos, viéndose incrementado esto gradualmente hasta que

en el año 2011 se llegó a alcanzar una proporción máxima, en donde por cada peso ejercido por el IMSS, el ISSSTE ejercía más de 26 centavos.

Esto significa que los servicios de seguridad social prestados por el ISSSTE cuentan con un incremento más acelerado en sus recursos ejercidos que los incrementos observados por el IMSS.

Como se observa en el gráfico 7, la evolución del gasto del ISSSTE presenta un crecimiento sostenido y más acelerado que el que fue observado en el IMSS durante el mismo periodo, además este crecimiento resulta más estable y se presenta sin que existan periodos de aletargamiento o contracción de manera regular, como si se llegó a observar en el ejercicio del gasto en el IMSS.



El incremento de los recursos del ISSSTE es de alrededor del 400% a lo largo del periodo, lo cual se explica por dos causales principales:

- a) la naturaleza del financiamiento del ISSSTE cuyas fuentes son de carácter enteramente público (aportaciones de los empleados, cuotas de las dependencias empleadoras y del gobierno federal en materia de Seguridad Social). Lo anterior presupone una constante de los recursos, al ser estos parte del presupuesto público, y

- b) el conjunto de políticas de cambio en el marco jurídico de la Seguridad Social que se desarrollaron en los últimos 20 años, han conducido a cambios administrativos, que han sido acompañados de una creciente afluencia de recursos en apoyo a las reformas del ISSSTE y como medio para posibilitar estos cambios.

A excepción de la caída del gasto del ISSSTE presente durante el año 1995 a causa de la contracción del presupuesto público; las tasas de crecimiento presentan regularidad durante todo el periodo, en donde la tasa media de crecimiento anual observada entre los años de 1996 y 2011, alcanzó promedios anuales del 9%.

El único periodo de con un menor ritmo de crecimiento se encuentra en los años posteriores al 2011, en los cuales se promedia una tasa de crecimiento anual que llega a ser negativa, promediando decrementos del -1% anual entre los años 2012 y 2015)

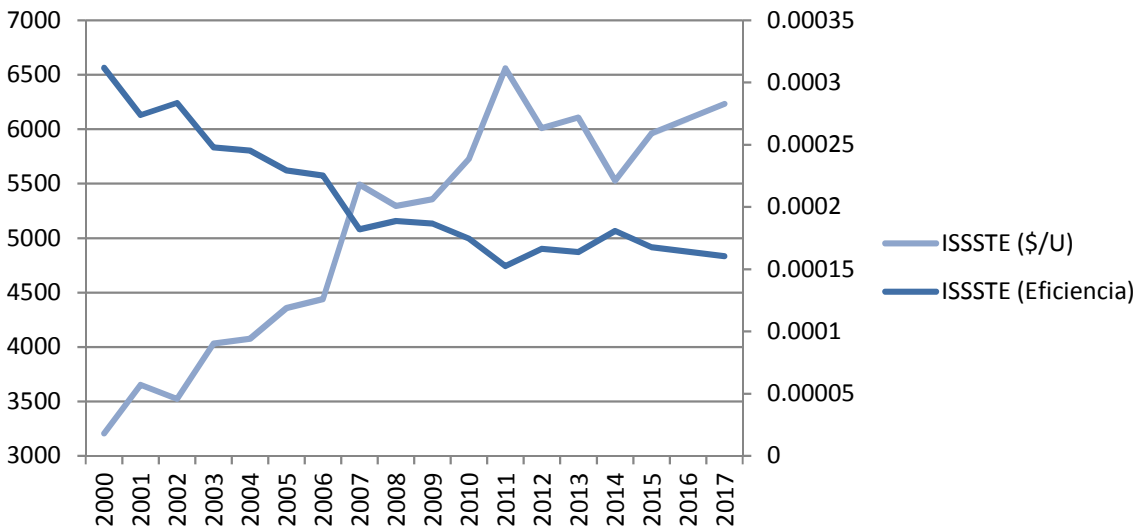
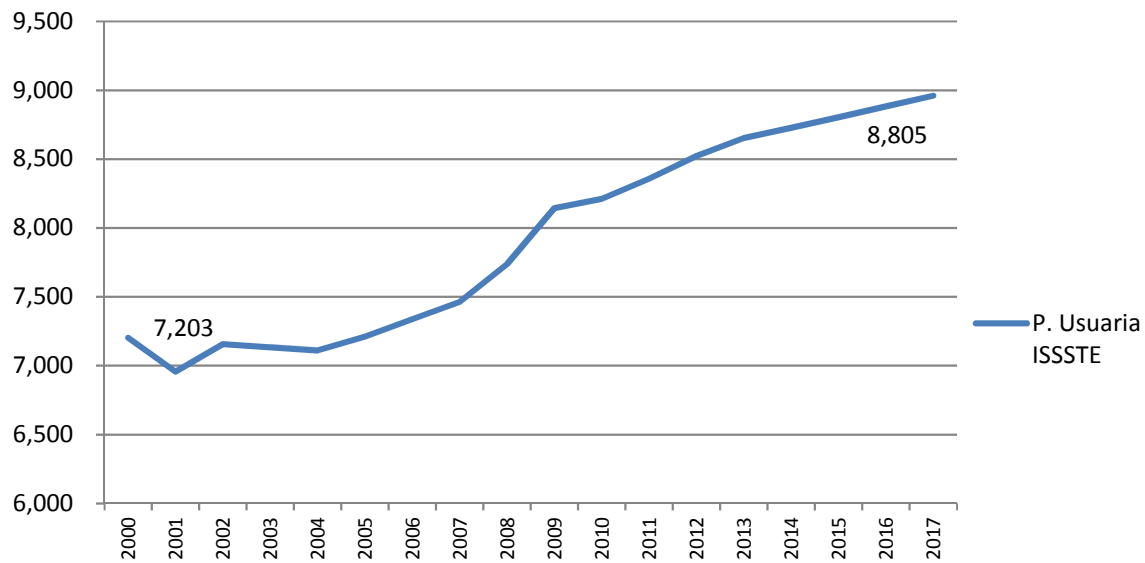
La población usuaria del ISSSTE mantiene un crecimiento lento a través del periodo de estudio, este crecimiento refleja también un incremento lento en la ampliación de la planta laboral del sector público y por consiguiente del lento crecimiento en la nueva afiliación al Instituto.

Si se contrasta el crecimiento en la cantidad de usuarios del IMSS y del ISSSTE entre 2000 y 2017, mientras que el primero llegó a incrementarse hasta en 10 millones usuarios anuales, el incremento de usuarios del segundo no superó los 2 millones anuales, alcanzando un nivel máximo ligeramente inferior a los 9 millones de usuarios para la segunda década del siglo XXI (gráfico 8).

El lento crecimiento de la población usuaria en esta institución, acompañada de un crecimiento acelerado en el gasto canalizado a través de la misma, da como resultado una caída gradual en la eficiencia del gasto del ISSSTE a lo largo del periodo de estudio.

Como se observa en el gráfico 8, entre los años 2000 y 2017, el costo promedio de la atención médica a los usuarios de la institución se incrementó de promediar casi 3 mil 500 pesos a casi 6 mil 500 por usuario, siendo el año 2011 el que promedió mayores costos, para posteriormente presentar una ligera contracción sin que estos se redujeran al nivel observado a comienzos de siglo. El salto principal de los costos de la atención se presentó durante el periodo 2006-2012, tras lo cual si bien se muestra un mejoramiento en la reducción del costo unitario, tiende a incrementarse en el largo plazo.

Gráfico 8. Población Usuaria y Eficiencia del gasto en el ISSSTE (2000-2017)



Promedio por Indicador y Periodo	2001-2006	2007-2012	2013-2017
Eficiencia	0.00025095	0.00017518	0.00016735
Pesos por persona	4013.55906	5740.1338	5986.02556

Fuente: Datos sobre usuarios de la institución provistos por el Sistema de Información en Salud de la Secretaría de Salud. Tabulado de servicios otorgados y programas sustantivos. Datos sobre el gasto total provistos por la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2015. Información para 2016 y 2017 estimada.

Cálculos propios elaborados mediante las siguientes funciones:

1) Medida de Eficiencia: Cantidad de personas atendidas por el gasto total de la institución medida anualmente $E = U_{t1} / G_{t1}$. 2) Pesos por usuario: Gasto promedio destinado por la institución para atender a cada uno de sus usuarios $P = G_{t1} / U_{t1}$

Cabe mencionar que el incremento en los costos unitarios de la atención y la caída de la eficiencia en el IMSS y el ISSSTE no se presentaron durante los mismos años, pero si muestran una tendencia consistente en el incremento de los costos sostenidos por las instituciones de seguridad social del país, que tiende a acentuarse cada vez más, independientemente de la estrategia del poder ejecutivo y más cercana a una dinámica propia de la consolidación del sistema mixto de salud que se ha ido construyendo desde las últimas décadas del siglo pasado.

3.3. Otras instituciones Federales de Salud con Seguridad Social

Además del IMSS y el ISSSTE, el subsistema de salud asociado a la Seguridad Social se compone por otras instituciones que brindan sus servicios a segmentos de la población mucho más específicos, como son los servicios de salud para los trabajadores de las Fuerzas Armadas de México y PEMEX, los cuales operan como organismos públicos federales descentralizados.

3.3.1. ISSFAM

El Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM), es un organismo público descentralizado federal, con personalidad jurídica y patrimonio propio; este otorga un total de veintisiete prestaciones y servicios a los trabajadores de las fuerzas armadas del país (cuadro 9), establecidos en concordancia con el modelo de Seguridad Social con que se cuenta en México.

Cuadro 9. Prestaciones y servicios otorgados por el ISSFAM

Medico	Retiro	Vivienda	Prestaciones en dinero o especie
Servicio médico integral Farmacias económicas	Haber de retiro Pensión Compensación Pagas de defunción Ayuda para gastos de sepelio Seguro colectivo de retiro	Venta de casas y departamentos Ocupación temporal de casas y departamentos, mediante cuotas de recuperación Préstamos hipotecarios y a corto plazo Vivienda	Fondo de trabajo; Fondo de ahorro; Seguro de vida; Tiendas, granjas y centros de servicio; Servicios turísticos; Casas hogar para retirados; Centros de bienestar infantil; Servicio funerario; Becas y créditos de capacitación Centros de capacitación, desarrollo y superación para derechohabientes; Centros deportivos y de recreo; Orientación social; Beca de manutención; Beca escolar, y Beca especial

Fuente: Ley ISSFAM

De acuerdo con el artículo tres de la ley del ISSFAM, el instituto se financia a través de cuotas de los derechohabientes militares y sus familias; mediante aportaciones

federales según las prestaciones específicas de las que se trate, y adicionalmente con una cantidad anual a cargo del gobierno federal, equivalente al 15% de sus haberes, de retiro y de las pensiones de los miembros de las fuerzas armadas y de sus familiares.

De acuerdo al Artículo 19 de la ley del ISSFAM, estas prestaciones se hacen extensivas a las Secretarías de la Defensa Nacional y de Marina, mismas que para términos administrativos tramitarán ante el Instituto, la afiliación de su respectivo personal en situación de activo y de retiro, y a sus derechohabientes.

3.3.2. Servicios de Salud de PEMEX

Los servicios de salud de petróleo mexicanos son otorgados por este organismo a sus trabajadores, jubilados y derechohabientes, tanto de la institución como de sus organismos subsidiarios, para ello, cuenta con una Subdirección de Servicios de Salud, la cual se encarga de coordinar la prestación de los servicios por medio de las unidades médicas y servicios médicos tanto subrogados como de recursos propios.

Esta subdirección administra los bienes y equipos de PEMEX utilizados para prestar servicios de salud, verifica la disponibilidad de los insumos y equipos específicos, también representa a PEMEX y a los Organismos Subsidiarios ante las dependencias y entidades del sector salud y organismos nacionales e internacionales en el ámbito de su competencia, entre otras funciones más.

El servicio de salud de PEMEX es un servicio de tipo Seguridad Social por lo que los empleados y el organismo participan con recursos para financiar los servicios, mismos que están a cargo de la Gerencia de Administración y Finanzas (Artículo 53 del Estatuto Orgánico de Petróleos Mexicanos), la cual se encarga de Evaluar y controlar el cumplimiento de los planes y programas de la Subdirección de Servicios de Salud en materia de suministros, mantenimiento, servicios generales y administración patrimonial, así como su impacto en la prestación de los servicios médicos.

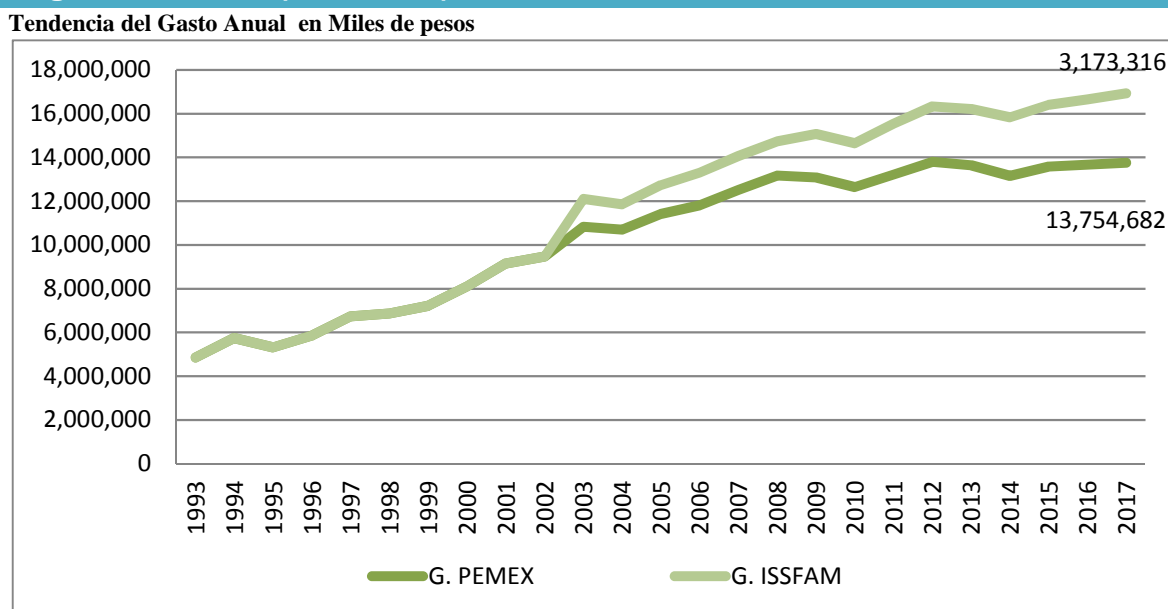
La Subdirección también coordina y ejecuta los procesos de adquisiciones, arrendamientos, mantenimientos y servicios en las unidades médicas; Coordina y supervisar el proceso de planeación programático-presupuestal y elabora el proyecto de presupuesto de los servicios médicos, y finalmente da seguimiento al ejercicio presupuestal de los Servicios de Salud de conformidad con los techos presupuestales autorizados para cada ejercicio anual. (PEMEX: 2013:188)

3.3.3. Evaluación conjunta

Las dependencias con Seguridad Social, tales como PEMEX y el ISSFAM muestran un nivel de gasto que ha aumentado durante los últimos 20 años; el primero ha incrementado de un gasto de 4 mil 861 millones de pesos en 1993, hasta alcanzar 13 mil 583 millones para el año 2015, lo que significa un incremento en el ejercicio del gasto anual de más del 297%; mientras que el segundo muestra un incremento mayor al 213%, tan solo durante la última década (2005- 2015).

Como se observa en el gráfico 9, ambos organismos han incrementado su magnitud del gasto ejercido, no obstante, los servicios de salud de Pemex cuentan con un gasto que continua siendo más de 4.8 veces mayor al gasto ejercido mediante el ISSFAM, a pesar de que este último muestra un crecimiento mucho más acelerado durante la última década.

Gráfico 9. Evolución del gasto en las Instituciones Federales de Salud con Seguridad Social (1993-2017)



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2015.

Nota: Datos de 2016 y 2017 proyectados con el comportamiento de los siete últimos años de la serie.

Las razones del crecimiento del gasto ejercido en salud por estas instituciones son variadas; por ejemplo, con respecto a PEMEX, su participación es alta y creciente debido a que históricamente la paraestatal ha sido de gran importancia para el sostenimiento de la economía y el gasto de gobierno, siendo que adicionalmente a

ello, se hizo necesario el incremento del gasto para agilizar sus reformas y los cambios institucionales en la seguridad social.

La misma situación ocurrió con el ISSFAM, especialmente con la importancia que adquirieron las fuerzas armadas a partir del año 2000, debido a la expansión de la presencia del ejército y la marina para el combate a la inseguridad, la violencia y el narcotráfico a lo largo del interior de las fronteras mexicanas, una situación que aunada a las reformas en materia de seguridad social obligaron a ampliar los flujos de recursos de la dependencia.

El comportamiento de las tasas de crecimiento anual en el caso de PEMEX y el ISSFAM, como puede observarse la paraestatal, sufrió los embates de la crisis de 1994, alcanzando su mayor caída durante 1995; posteriormente presentó tasas de crecimiento positivas por más de 10 años, hasta que entre el año 2010 y 2015 presentó tasas de crecimiento mucho menores al resto del periodo e incluso dos años con tasas de crecimiento negativas en 2010 (-3.3%), 2013 (-1.2%) y 2014 (-3.5%).

Por otro lado, el ISSFAM, presenta incrementos anuales del gasto, más acelerados, en gran parte debido al papel protagónico de las fuerzas armadas en los últimos años, mostrando picos en su crecimiento de hasta el 26.4% anual, como el que fue observado en el año 2009 cuando se alisto una estrategia de fortalecimiento de las prestaciones a este sector para incentivar la lealtad en el ejercicio de sus tareas.

Como se observa en el gráfico 10 las Instituciones Federales de Salud con Seguridad Social distintas al IMSS y e ISSSTE presentan una dinámica diferenciada en cuanto a la evolución de su población usuaria; por ejemplo, en la seguridad social de Pemex se observa un crecimiento muy lento pero sostenido durante las últimas dos décadas; situación que contrasta ampliamente con el crecimiento de la población usuaria del sistema del ISSFAM, quienes han experimentado periodos de contracción y de expansión muy aceleradas, sobretodo en apego a la dinámica de la estrategia nacional de seguridad y el emplazamiento de las fuerzas armadas en territorio nacional, lo que ha llevado al incremento en el nivel de afiliación al instituto y a la solicitud de atención por parte de sus usuarios.

Mientras que la población usuaria del sistema de PEMEX se ha incrementado de poco más de 600 mil usuarios no ha alcanzado a superar los 800 mil en un año, por el contrario el ISSFAM ha incrementado su atención al grado de duplicar su población usuaria, pasando de un nivel similar al de PEMEX durante el año 2000,

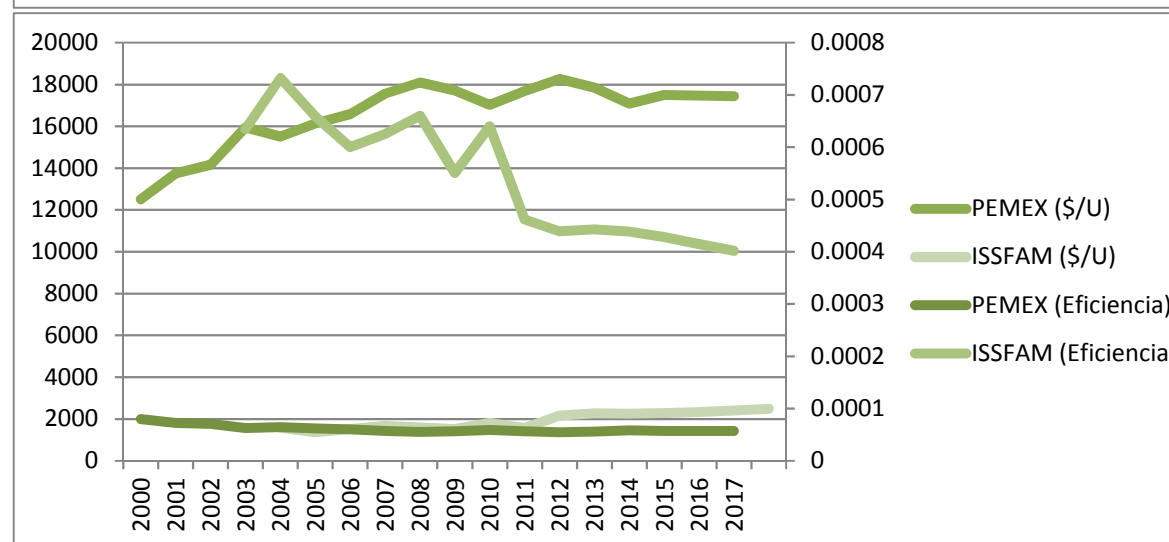
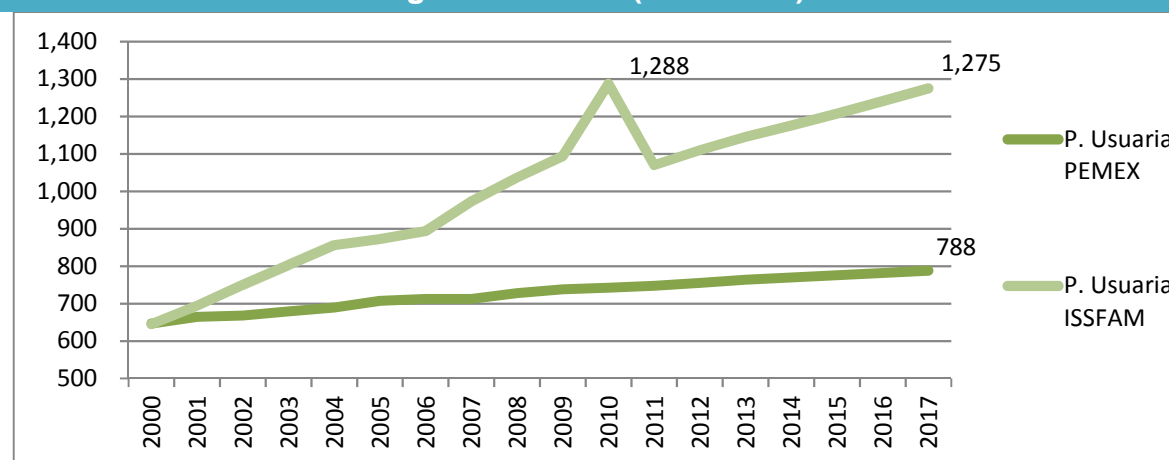
hasta casi duplicarlo para la segunda década del siglo XXI, alcanzando a atender a más de 1 millón 200mil usuarios anualmente.

Cuando se contrasta la dinámica de la población usuaria contra el gasto total canalizado a través de esta institución se puede encontrar que ambas presentan tendencias y magnitudes completamente distintas en cuanto a eficiencia y costo de la atención a sus usuarios.

Por un lado, el sistema de PEMEX es el sistema de seguridad social más costoso del país para atender a sus usuarios, puesto que el costo promedio de la atención a su población usuaria resulta ser superior a los 7 mil pesos, por usuario, lo que es tres veces mayor al costo promedio canalizado a través del IMSS y el ISSSTE; o cual se profundiza más cuando se contrasta contra el costo por usuario promedio atendido en el sistema del ISSFAM, donde se tienen costos menores a los 2 mil pesos por usuario anualmente.

Se puede apreciar también que los incrementos más bruscos en el costo de la atención a los usuarios y la caída de la eficiencia se ubican también dentro del periodo 2007 a 2012, con lo que puede ir perfilando la idea que este fue el periodo con mayores cambios, aunque estos no sean necesariamente producto de una deplorable administración del sistema de salud, sino de procesos incluso ajenos a este, como lo fue la reacción del mercado interno y la desaceleración económica posterior a la crisis financiera mundial, lo cual redujo la capacidad de las familias para sostener su atención dentro del sector privado.

Gráfico 10. Población Usuaria y Eficiencia del gasto en las instituciones federales de Salud con Seguridad social (1993-2017)



Promedio por indicador y Periodo	2001-2006	2007-2012	2013-2017
PEMEX (Eficiencia)	6.54395E-05	5.64425E-05	5.72368E-05
ISSFAM (Eficiencia)	0.000656794	0.000562856	0.000425245
PEMEX (\$/U)	15,353.98833	17,726.16283	17,474.59247
ISSFAM (\$/U)	1530.621718	1822.39073	2354.65287

Fuente: Datos sobre usuarios de la institución provistos por el Sistema de Información en Salud de la Secretaría de Salud. Tabulado de servicios otorgados y programas sustantivos. Datos sobre el gasto total provistos por la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2015. Información para 2016 y 2017 estimada.

Cálculos propios elaborados mediante las siguientes funciones:

1) Medida de Eficiencia: Cantidad de personas atendidas por el gasto total de la institución medida anualmente $E = U / G$. 2) Pesos por usuario: Gasto promedio destinado por la institución para atender a cada uno de sus usuarios $P = G / U$.

3.4. Sistema de Protección Social en Salud (CNPSS y Seguro Popular)

De acuerdo con el Artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud (LGS, 2017), todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social sin importar su condición social; donde este último se entiende como el conjunto de las acciones que en esta materia provean la Secretaría de Salud a nivel Federal y los Regímenes Estatales de Protección social en Salud.

El Sistema de Protección Social en salud está dirigido a las familias y personas que no son derechohabientes de las instituciones de Seguridad Social o que no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud (LGS: 2017), lo que lo constituye como el principal conjunto de mecanismos para proveer de servicios de salud dentro del subsistema de Asistencia Pública.

Para llevar a cabo las acciones en materia de salud que contempla el Sistema de Protección Social se han conformado dos estructuras de apoyo para su conducción y coordinación, es decir de:

- a) El Consejo Nacional de Protección Social en Salud, cuya labor es la de coordinar y enlazar la comunicación entre la Secretaría de Salud y el Gobierno Federal con las Entidades Federativas y,
- b) la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, cuya figura es la de un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud. La cual queda como responsable de los aspectos normativos y de instrumentación del Sistema a nivel federal. (Secretaría de Salud:2012:5)

Para la instrumentación del Sistema de Protección Social a nivel federal la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), implementó un programa presupuestario específico de atención médica, con carácter público y de afiliación voluntaria que fomenta la atención oportuna a la salud, el cual ha sido denominado como “Salud para Todos”, o bien conocido también como el “Seguro Popular”; el cual, contempla para su operación, el uso combinado de recursos federales y estatales que le permiten el goce y ampliación gradual de la infraestructura de la Secretaría de Salud en cuanto a clínicas y hospitales, así como la canalización de pacientes a los centros de atención especializada.

El proceso de planeación, operación y presupuesto del Sistema de Protección Social desarrollado por la Comisión se ha establecido sobre un conjunto de objetivos y principios rectores que priorizan la atención a la salud en condiciones de la mayor eficiencia financiera posible, la optimización de sus recursos y la rendición de cuentas (cuadro 10)

Cuadro 10. Objetivos y Principios de la CNPSS

Objetivos	Principios
Ordenar las asignaciones de los recursos: reglas claras de financiamiento.	La universalidad y la portabilidad en el acceso y los beneficios a los servicios de salud entre zonas geográficas y entre instituciones son elementos cruciales para evitar la exclusión social
Corregir gradualmente los desequilibrios financieros y las inercias históricas	La portabilidad de beneficios permite que la aportación del gobierno federal siga al beneficiario.
Transitar hacia una lógica de aseguramiento público para financiar la atención médica y extender la protección financiera mediante una reducción del gasto de bolsillo	La definición explícita de prioridades en intervenciones de salud representa una oportunidad de optimizar el uso de los recursos escasos
Establecer la corresponsabilidad entre órdenes de gobierno y con la ciudadanía en el financiamiento a la salud	El prepago a los servicios de salud y la solidaridad financiera, aunadas al principio de subsidiariedad entre órdenes de gobierno y un proceso de presupuestación de la población beneficiada son elementos esenciales para promover un financiamiento más justo y eficaz en salud
Dar contenido efectivo al ejercicio pleno de los derechos sociales y unificar el esquema de protección social en salud	La rendición de cuentas es una pieza clave para garantizar que las prestación de los servicios y el uso de los recursos respondan a las demandas ciudadanas

Fuente: Elaboración propia basada en González et al (2006:34)

A nivel operativo el programa del Seguro Popular proporciona atención médica a la población afiliada, a través de un paquete de servicios dirigido a combatir los padecimientos contenidos en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), cuyo tratamiento es gratuito y en la mayoría de los casos, así como los estudios y medicamentos que le complementan.

De acuerdo a la Ley General de Salud (LGS) en el Artículo 77 bis 11, el Sistema de Protección Social en Salud es financiado de manera solidaria por la federación, las entidades federativas y los beneficiarios, con lo que resulta ser un producto de la combinación de esfuerzos en el ejercicio del gasto público, en donde su financiamiento está dividido en Cuotas Sociales y Aportaciones Solidarias por parte de las autoridades federal y estatales, así como por los propios beneficiarios del sistema de salud en asistencia pública.

Las cuota sociales se aportan por cada persona afiliada al Sistema de Protección Social en Salud, son anticipadas, anuales y progresivas, y se determinan con base en las condiciones socioeconómicas de cada familia, siendo su nivel de ingresos la principal variable para el cálculo de la cuota (cuadro 11), las cuales son recibidas, administradas y ejercidas por los servicios estatales de salud, a través de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, las cuales son ajustadas anualmente de conformidad con la variación anual observada en el índice Nacional de Precios al Consumidor, como lo marca la LGS.

Cuadro 11. Cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud para el ejercicio fiscal 2016, de acuerdo al nivel de ingresos familiar

Decil de Ingreso	Cuota familiar	Decil de Ingreso	Cuota familiar
I	-	VI	2,833.56
II	-	VII	3,647.93
III	-	VIII	5,650.38
IV	-	IX	7,518.97
V	2,074.97	X	11,378.86

Cuota familiar anual en pesos

Fuente: DOF 31-03-2016, Aviso que establece los niveles de las cuotas familiares del sistema de protección social en salud para el ejercicio fiscal 2016

Por otra parte, los Fondos de Salud, se nutren de los recursos del Ramo 12, referente a los recursos de que dispone la Secretaría de Salud para la Asistencia Pública; y los del Ramo 33, concentrados en el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), el cual, percibe recursos federales que se transfieren hacia las entidades federativas para satisfacer las necesidades de su población en esta materia.

La distribución en el ejercicio del gasto programado a través del Ramo 12 se logra mediante transferencias directas de los programas de salud operados por la Secretaría, sus Unidades Administrativas, Organismos Descentralizados y Órganos Desconcentrados, que comprenden: el programa de Desarrollo Humano Oportunidades, Seguro Médico para una Nueva Generación, Atención a Familias y Población Vulnerable, Atención a Población con Discapacidad, Cruzada Nacional por la Calidad, Comunidades Saludables, Arranque Parejo en la Vida, Mujer y Salud, Equidad de Género y Salud Reproductiva, Cáncer Cérvico-Uterino y Mamario, Adicciones, Atención a la infancia y la Adolescencia, Control y Prevención VIH SIDA-ITS, Vigilancia Epidemiológica, Protección contra Riesgos Sanitarios, Desarrollo de la Infraestructura Física, Operación Unidades Nuevas, Homologación de trabajadores y Caravanas de Salud; además de las transferencias al Seguro Popular. (SHCP-PEF: 2017)

Finalmente, el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) se determina dentro del marco de la Ley de Coordinación Fiscal en su Capítulo I referente a las Participaciones de los Estados, Municipios y Distrito Federal en Ingresos Federales, en donde el Artículo 30 describe la metodología de cálculo del monto del Fondo anualmente dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación para el aseguramiento universal de la salud de la población y prevención de enfermedades

y mejorar la calidad y el abasto de medicamentos, así como para la formación de recursos humanos especializados en salud⁷.

El FASSA opera, por tanto, mediante la transferencia de recursos federales para otorgar capacidad operativa a las entidades federativas y para hacerles llegar de forma equitativa los recursos de Asistencia Pública en salud, los cuales se distribuyen mediante una fórmula de asignación, que favorece a las entidades con mayores necesidades y rezagos social.

El FASSA posee dos rubros 1) FASSA personas⁸ y 2) FASSA comunidad⁹ cuyos recursos se aportan de manera que retribuya tanto la magnitud de las aportaciones percibidas por las personas aseguradas, tanto como la magnitud de la población y sus necesidades de salud contemplada como comunidad.

La transición de un sistema de salud basado en la Seguridad social hacia un sistema basado en la Asistencia Pública fue el determinante fundamental del redireccionamiento y ampliación de recursos al subsistema de Asistencia Pública en Salud, dicho aumento se dio en todos los ramos y financiamiento de programas relacionados con el Sistema Nacional de Protección en Salud, especialmente dichos recursos se concentraron en mayor proporción en los ramos 12 y 33 como parte no solo de la instauración del nuevo modelo, sino también porque este proceso empata con las políticas de descentralización federal que se propusieron durante la década de 1990, lo que impulsó también las transferencias de recursos hacia las entidades federativas.

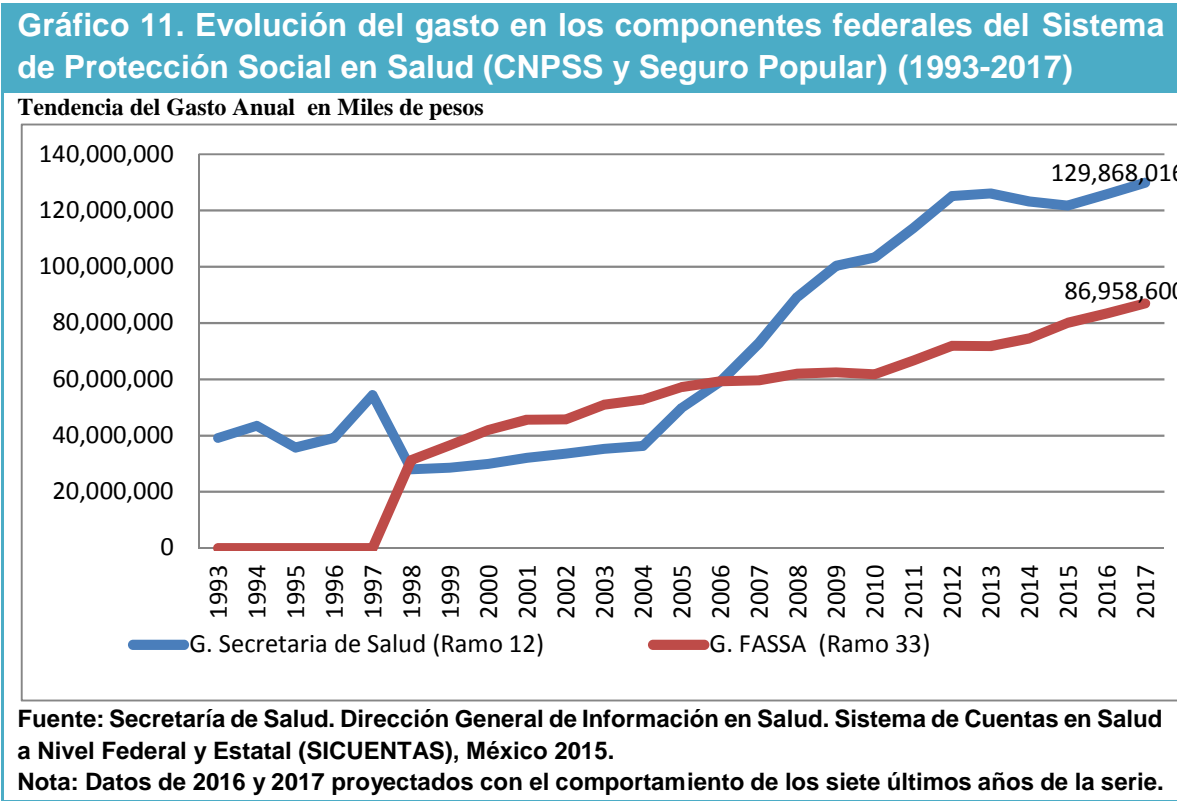
El gráfico 11 muestra la tendencia del crecimiento de los recursos del ramo 12 y 33 destinados a los programas de la Comisión, donde se observa que, en la misma línea de acción con lo observado en las instituciones de Seguridad Social, se tiende gradualmente a sostener el sistema cada vez más a partir de gastos administrados a nivel estatal, apoyando la descentralización de los servicios del estado en materia de servicios de salud.

⁷ (INAP:SHCP:37) con base en Ley de Coordinación Fiscal, artículos 29,30 y 31

⁸ El Artículo 77 bis 13. Apartado II de la LGS, establece que la aportación solidaria por parte del Gobierno Federal se realizará mediante la distribución del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud a la Persona de conformidad con la fórmula establecida en las disposiciones reglamentarias de la Ley. Representando al menos una y media veces el monto de la cuota social que se fija en la misma.

⁹ El Artículo 77 bis 20 de la LGS, Establece que la Secretaría de Salud determinará el monto anual de este fondo, así como la distribución del mismo con base en la fórmula establecida para tal efecto en las disposiciones reglamentarias de la Ley donde la fórmula toma en cuenta la población total de cada entidad federativa y un factor de ajuste por necesidades de salud asociadas a riesgos sanitarios y otros factores relacionados con la prestación de servicios de salud a la comunidad

Se observa que desde la segunda mitad de la década de 1990 se contrae ligeramente el gasto del ramo 12 a cargo de la Secretaría de Salud (línea azul), cuyo desempeño se ve opacado por el crecimiento acelerado de los recursos provenientes de ramo 33 (línea roja), a la par que se dio el proceso de descentralización de estas tareas. Posteriormente, durante el año 2006 y en lo posterior, la Asistencia Pública regresa a una posición articuladora predominantemente desde un enfoque centralizado, ejercido desde el ramo 12.



En este contexto, el modelo de atención primaria de cobertura universalista permanece e impulsa el financiamiento de los servicios desde varios ámbitos en forma coordinada, aunque no con las mismas tasas ni magnitudes, en donde el Ramo 12 y el 33 se han alternado como principales promotores durante distintos años y donde se encuentran años con tasas de crecimiento anual que llegan a superar el 15% anual, sobre todo en los recursos provenientes del Ramo 12

El fortalecimiento del Ramo 12 muestra que se está fortaleciendo una administración de los servicios de salud en Asistencia Pública que privilegia una administración centralizada en la Secretaria de Salud, mientras que por el contrario, el fortalecimiento del Ramo 33 favorece la articulación descentralizada.

La dinámica posterior al año 2000 muestra un fortalecimiento del gasto centralizado sobre todo a consecuencia del avance y progreso de los programas focalizados en materia de salud como el Seguro Popular.

La población usuaria de los componentes federales del Sistema de Protección Social en Salud (CNPSS y Seguro Popular) han experimentado un comportamiento diferenciado durante las últimas décadas, siendo el Seguro Popular el que ha experimentado un mayor incremento en su población usuaria, con ritmos superiores al de las demás instituciones integrantes del sistema nacional.

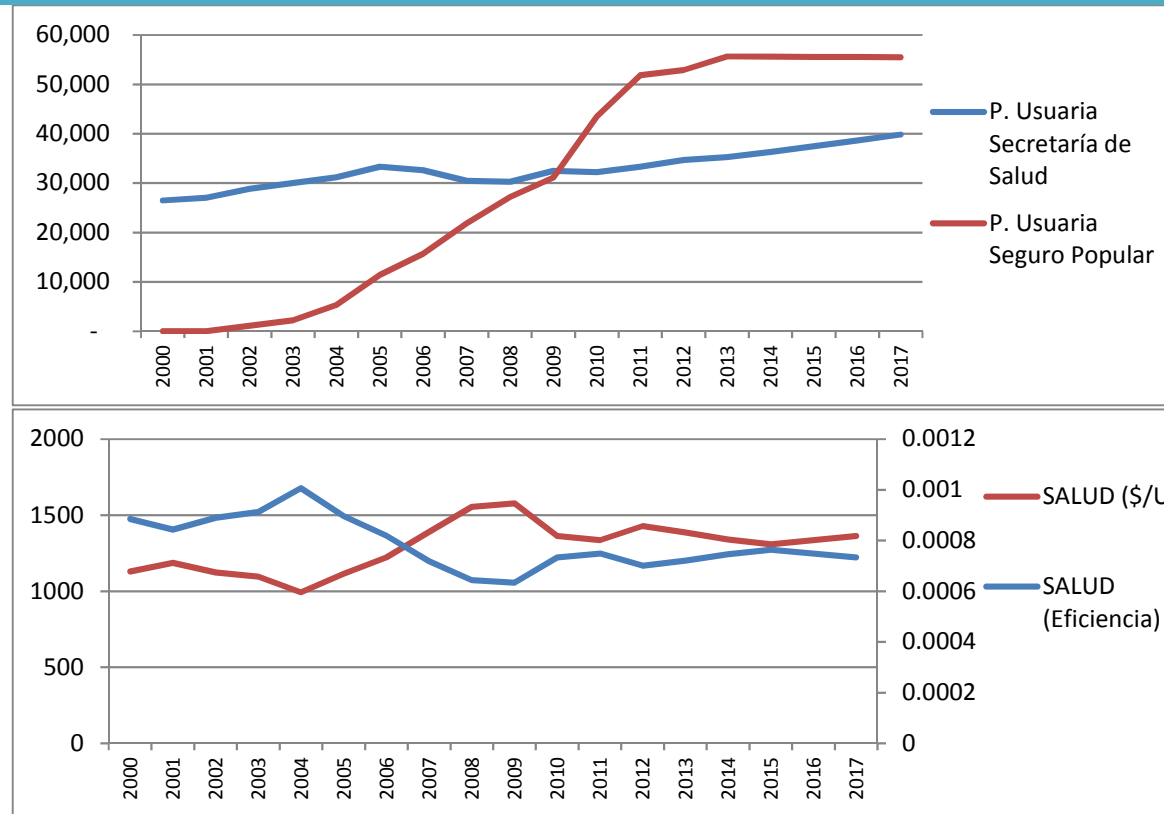
El Seguro Popular ha pasado de atender a menos de 2 millones de usuarios anualmente a comienzos del siglo XXI, hasta sobrepasar los 50 millones después del año 2011, a partir del cual se reduce su crecimiento, permaneciendo estable la magnitud de la población que atiende anualmente.

Por otra parte, la secretaria de salud presenta un crecimiento sostenido pero lento, permaneciendo con funciones de atención médica mucho más complejas y de especialidad, lo que muestra también el enfoque distinto entre ambos componentes pero que resultan a su vez complementarios, en donde el Seguro Popular extiende la atención básica, impactando los principales indicadores de atención y compromisos internacionales en materia de salud, mientras que la Secretaría de Salud mantiene la operación de los centros hospitalarios y de atención más complejos y de mayor carga financiera.

Aunque la capacidad de evaluación de la eficiencia de ambos componentes es limitada, al ser partes de un mismo sistema en donde se pueden presentar duplicidades de la población usuaria y deficiencias en el control de la atención, sobre todo en las unidades médicas más pequeñas, una primera aproximación, integrando la población usuaria atendida tanto por la Secretaría de salud como por el Seguro Popular contra el gasto canalizado a través de la secretaria muestra la caída de la eficiencia y el incremento de los costos unitarios de la atención media persiste como en el resto de los subsistemas de Salud Pública.

El gráfico 12 muestra que el costo promedio de la atención dentro del Sistema de Protección Social en Salud de los más bajos dentro los existentes en del sistema nacional de salud, lo cual refleja los alcances limitados de su atención sobre todo en lo que corresponde a la atención canalizada mediante el Seguro Popular.

Gráfico 12. Población Usuaria y Eficiencia del gasto en los componentes federales del Sistema de Protección Social en Salud (CNPSS y Seguro Popular: 2000-2015)



Promedio por indicador y Periodo	2001-2006	2007-2012	2013-2017
Eficiencia	0.00089469	0.0006963	0.00074272
Pesos por persona	1122.53247	1441.90741	1346.90776

Fuente: Datos sobre usuarios de la institución provistos por el Sistema de Información en Salud de la Secretaría de Salud. Tabulado de servicios otorgados y programas sustantivos. Datos sobre el gasto total provistos por la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2015. Información para 2016 y 2017 estimada.

Cálculos propios elaborados mediante las siguientes funciones:

1) Medida de Eficiencia: Cantidad de personas atendidas por el gasto total de la institución medida anualmente

$$E = \frac{U}{G} \quad \text{U: Usuarios atendidos, G: Gasto total}$$

2) Pesos por usuario: Gasto promedio destinado por la institución para atender a cada uno de sus usuarios $P = \frac{G}{U}$

Adicionalmente a esto se tiene que es de los sistemas con menor fluctuación en cuanto a la eficiencia y el costo unitario, pues éstas permanecen estables, sin caídas o alzas estrepitosas durante todo el periodo a pesar del incremento de la población atendida.

3.5. Otras instituciones Federales de Salud con Asistencia Pública

Dentro del subsistema de Asistencia Pública para la atención a la salud, se pueden encontrar también, como complemento al Sistema de Protección Social en Salud, otro conjunto de programas de carácter focalizado a sectores de la población mucho más específicos, aunque con representación mínima en el impacto al gasto público federal, como lo son los programas que a cargo de la Secretarías de Desarrollo Social, como el programa PROGRESA y el programa perteneciente al IMSS, (IMSS-Prospera, antes IMSS-Oportunidades), los servicios de la SEDENA (Ramo7) y SEMAR (Ramo 13).

3.5.1. IMSS-PROSPERA

Es un programa de salud del Gobierno Federal administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Este programa ofrece servicios de salud a la población no protegida por los sistemas de seguridad social, especialmente en zonas rurales. El programa se encuentra inscrito en el marco del Sistema de Protección Social en Salud, en virtud de lo dispuesto en el Artículo Décimo Sexto Transitorio del Decreto presidencial por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003.

Los recursos con los que opera provienen del Ramo 19 “Aportaciones a Seguridad Social” y constituyen un subsidio federal. Su administración se realiza con independencia en su manejo y operación, a través de la Unidad del Programa IMSS-PROSPERA, en coordinación con las Direcciones de Finanzas y de Administración, así como, con las Delegaciones del IMSS. Así mismo, la contabilización específica de los ingresos y gastos del Programa se realiza por las referidas Direcciones normativas y las Delegaciones del IMSS en las que el Programa tiene presencia, por separado de la contabilidad general del IMSS, en apego a las disposiciones contenidas en la Ley del Seguro Social, Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (LFPRH), Reglamento de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria (RLFPRH), Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) aprobado anualmente.

IMSS-PROSPERA también recibe recursos a través de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), provenientes del Ramo 12 “Salud”, para otorgar el Componente Salud a las familias beneficiarias de PROSPERA, donde el monto es determinado en función del padrón de familias beneficiarias registrado por la Coordinación Nacional de PROSPERA, Programa de Inclusión Social y se ejerce conforme a lo dispuesto en las Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social publicado anualmente en el Diario Oficial de la Federación.

Cuadro 12. Origen y evolución del Programa Prospera

Año	Evento
1973	Se reforma la Ley del Seguro Social y se facultó al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para extender su acción a núcleos de población no asalariada, sin capacidad contributiva, en pobreza extrema y marginación.
1974	El IMSS implementa el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria
1977	El ejecutivo federal crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados de la Presidencia de la República (Coplamar)
1979	El gobierno federal suscribió con el IMSS el Convenio para el establecimiento de servicios de solidaridad social en las áreas marginadas del país, dando origen al Programa IMSS-Coplamar
1983	Por decreto presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF), desapareció Coplamar y se estableció que el Programa IMSS-Coplamar fuera administrado en su totalidad por el IMSS
1984	Se emitió el Decreto por el que se descentralizaron los servicios de salud a los gobiernos de los estados, incluyendo los proporcionados por IMSS-Coplamar
1989	La infraestructura del Programa IMSS-Coplamar fue ampliada en los estados donde permaneció vigente y su denominación cambió por la de IMSS-Solidaridad.
2002	El H. Consejo Técnico del IMSS, mediante acuerdo 365/2002, aprobó que el Programa IMSS-Solidaridad se denominara IMSS-Oportunidades debido a que otorga el componente salud a los beneficiarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO).
2005	El Programa IMSS-Oportunidades otorga el componente salud a familias beneficiarias del PDHO de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) que habitan en áreas urbano-marginadas.

Fuente: IMSS-Oportunidades Programa 2007-2012

3.5.2. Secretaría de Marina (Ramo 13)

Respecto al Ramo 13 correspondiente a la Secretaría de Marina el plan nacional de desarrollo 2013-2018 considera prioridad de política pública en materia de Seguridad Pública y Nacional, Ciencia y Tecnología, Educación, Salud, la participación de la Marina para lo que se ha destinado una partida A007 Administración y fomento de los servicios de salud, que participa de recursos de la institución, además de la partida k012 Proyectos de infraestructura social de asistencia y seguridad social para sus integrantes. Con lo anterior se deriva que la institución posee clínicas y hospitales de carácter propio o puede sub contratar los servicios de otras instituciones como lo es el ISSFAM.

3.5.3. SEDENA (Ramo 7)

La Secretaría de la Defensa Nacional, al igual que la SEMAR posee una participación presupuestal como dependencia publica dentro de cuyo presupuesto se encuentra una serie de recursos para la salud y seguridad social de sus integrantes, dentro de los objetivos de esta institución se encuentra el mejorar la seguridad social de los integrantes de las Fuerzas Armadas; fortalecer las prestaciones de seguridad social del personal militar en activo, en situación de retiro, pensionistas y derechohabientes; regionalizar la Atención Médica con Hospitales de Alta Especialidad etc.

En el mismo caso, como en la Secretaría de Salud, esta dependencia puede afiliarse a sus integrantes al ISSFAM

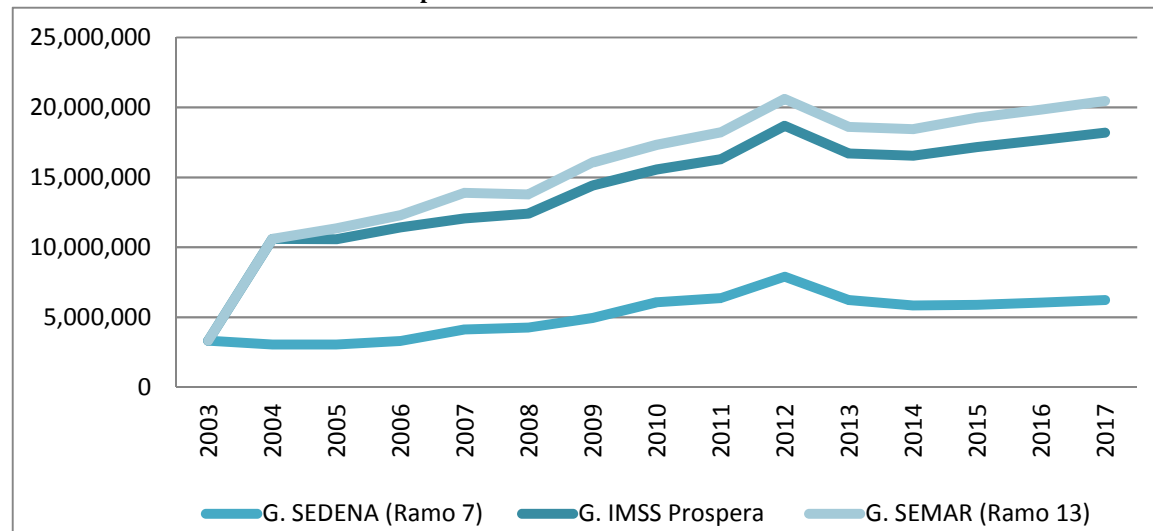
3.5.4. Evaluación Global

El gráfico 13 muestra la evolución del gasto total ejercido por los programas de asistencia pública IMSS-PROSPERA, SEDENA Y SEMAR, estos programas aunque son de menor tamaño, que los operados por la Comisión, cobran importancia como auxiliares del SPSS para extender la atención sanitaria y de servicios de salud a las poblaciones con mayores niveles de marginación del país.

Se observa el mismo efecto de coordinación del gasto en estos programas de salud de menor tamaño que con aquellos de gran cobertura ya que aunque existen diferentes magnitudes, los ritmos de crecimiento y contracción se ven afectados por los mismos procesos, como las crisis económicas y los cambios estratégicos en el sistema de salud que se han mencionado con anterioridad en el documento.

Gráfico 13. Evolución del gasto en instituciones Federales de Salud con Asistencia Pública (1993-2017)

Tendencia del Gasto Anual en Miles de pesos



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2015.

Nota: Datos de 2016 y 2017 proyectados con el comportamiento de los siete últimos años de la serie.

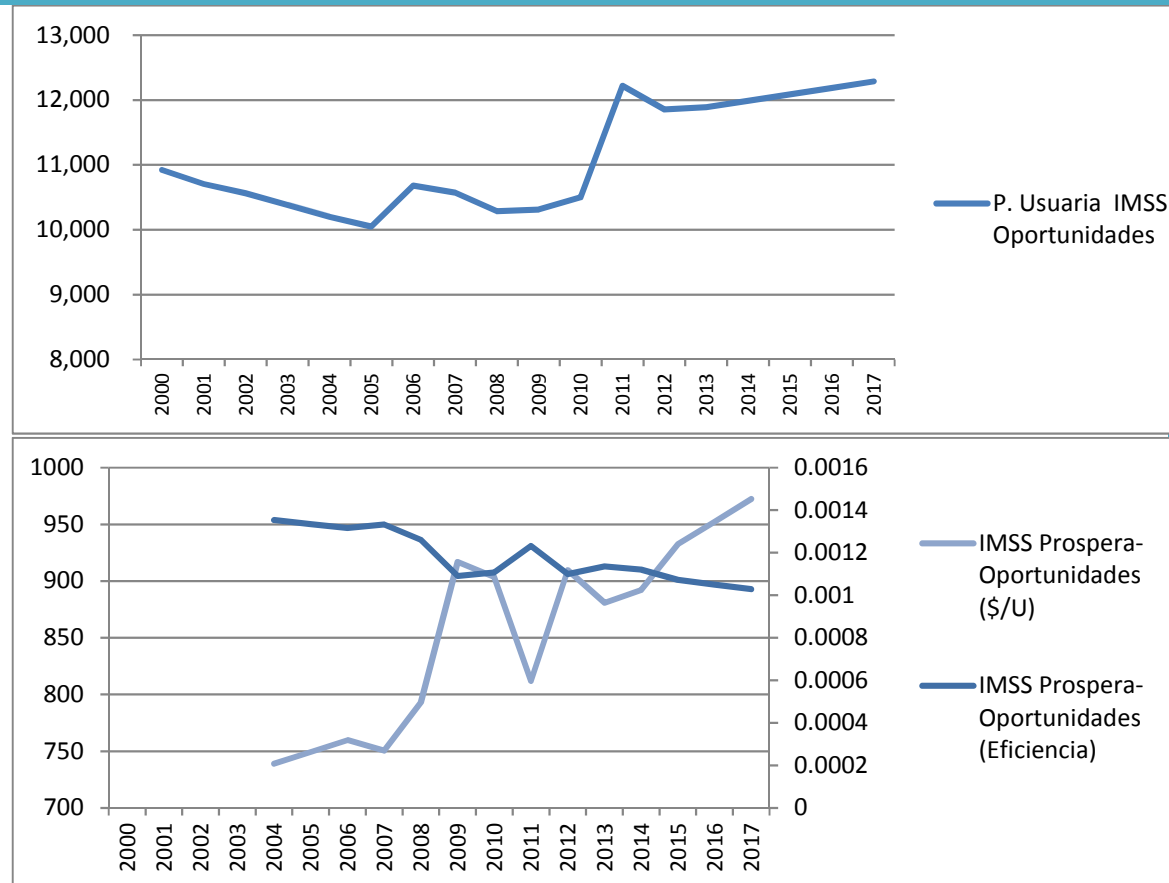
El crecimiento anual del gasto ejercido por la SEDENA, SEMAR e IMSS-PROSPERA ha mantenido consistencia desde comienzos del siglo XXI, donde es extraño observar contracciones del gasto, presentando tasas positivas entre el 3% y el 20% anual, dependiendo cada una de ellas.

Cuando se evalúan únicamente las tasas de crecimiento del gasto se puede llegar a observar que existe cierta estabilidad en el gasto de la SEMAR, SEDENA e incluso por parte del Programa IMSS-Oportunidades-Prospera (O-P) durante todo el periodo, a excepción de un salto especialmente alto por parte de los servicios de salud ejecutados por la SEMAR, el cual supera una tasa del 100% entre el año 2006 y 2007, cuando este tuvo que enfrentar embates atípicos a causa de la aparición de desastres naturales altamente destructivos en el país.

Durante el periodo 2012 a 2017, se puede encontrar un desempeño diferenciado entre todos los componentes, donde el programa como IMSS (O-P) mantiene su tendencia al crecimiento, pero componentes como el de la SEDENA presentan incluso un periodo de contracción, debido al fortalecimiento en paralelo del ISSFAM, expuesto con anterioridad y la irregularidad de los desastres naturales y sus efectos en las distintas regiones del país.

Como se observa en el gráfico 14, el costo promedio de atención a la población usuaria más baja dentro del sistema nacional es la que corresponde al sistema IMSS Oportunidades- Prospera, siendo el más limitado, aún mas que el otorgado mediante el sistema del Seguro Popular; fluctuando el costo de su atención entre 700 y 900 pesos por usuario atendido. En donde la eficiencia es menor encada ejercicio, aunque con variaciones anuales marginales en tanto que la magnitud de recursos por la cantidad de usuarios atendidos es mínima.

Gráfico 14. Población Usuaria y Eficiencia del gasto del IMSS : Oportunidades-Prospera (2000-2017)



Promedio por indicador y Periodo	2001-2006	2007-2012	2013-2017
Eficiencia	0.00133463	0.00118703	0.00108151
pesos por persona	749.367477	847.552822	925.94039

Fuente: Datos sobre usuarios de la institución provistos por el Sistema de Información en Salud de la Secretaría de Salud. Tabulado de servicios otorgados y programas sustantivos. Datos sobre el gasto total provistos por la Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2015. Información para 2016 y 2017 estimada.

Cálculos propios elaborados mediante las siguientes funciones:

1) Medida de Eficiencia: Cantidad de personas atendidas por el gasto total de la institución medida anualmente
 $E = U \cdot t / G$. 2) Pesos por usuario: Gasto promedio destinado por la institución para atender a cada uno de sus usuarios $P = G / U$

4. Gasto federal para Salud y Protección Social (2013-2017)

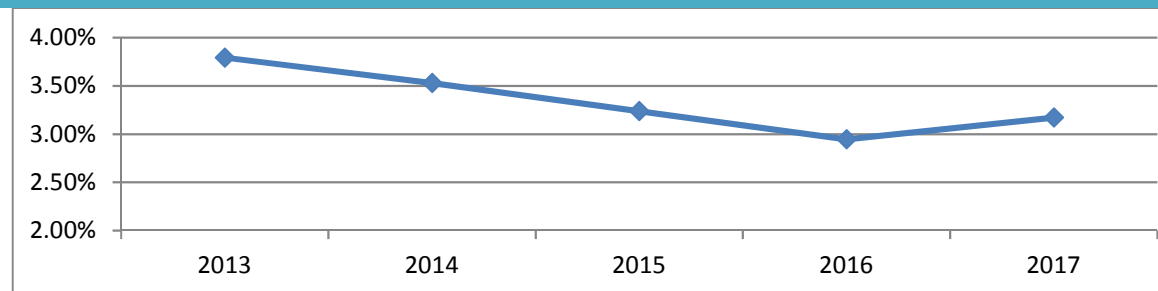
El gasto público federal en salud (Ramo 12) se puede clasificar a través de tres finalidades principales, es decir, la de: 1) Gobierno, 2) Desarrollo Social y 3) Desarrollo Económico, las cuales resultan necesarias y complementarias para atender la problemática de administrar, mejorar y expandir los servicios de salud en el país desde el sector público; no obstante, la primera y la tercera función no cuentan con una relación directa con la atención de la salud de la población, sino que se encaminan en la Coordinación de la Política de Gobierno y las tareas vinculadas a la ciencia, la tecnología y la Innovación del sector.

La segunda finalidad, por el contrario, es la que cuenta con mayor proximidad a la atención de la salud de las personas, la comunidad y la protección social dentro del gasto programado y ejercido del Ramo 12, siendo la proporción más significativa para financiar la operación de las Instituciones de los Subsistemas de Salud Pública con recursos públicos federales.

De acuerdo a la información presentada en la Cuenta Pública Federal, mediante sus estados analíticos del ejercicio del presupuesto de egresos en clasificación funcional programática se puede observar que entre el año 2013 y 2017 la participación del Ramo 12 respecto al gasto total del sector público ha tendido hacia una caída en su proporción, lo cual lejos de promover el emparejamiento nacional con los mejores estándares internacionales, que buscan incrementar el gasto público en salud, lo alejan gradualmente de ellos.

El peso relativo del gasto del Ramo 12 se ha reducido en 0.62 puntos porcentuales respecto al gasto total entre 2013 y 2017, pasando de un 3.79% en 2013 a un 3.17% durante el 2017 (gráfico 20). Esto se ha visto acompañado de un porcentaje alto de ejercicio del gasto programado, el cual resulta superior al 97% promedio durante el periodo analizado, con lo que se puede argumentar que la diferencia entre el gasto programado y ejercido se ha mantenido en niveles inferiores al 3% en promedio, resultando en una programación de las más eficientes en el sector público federal.

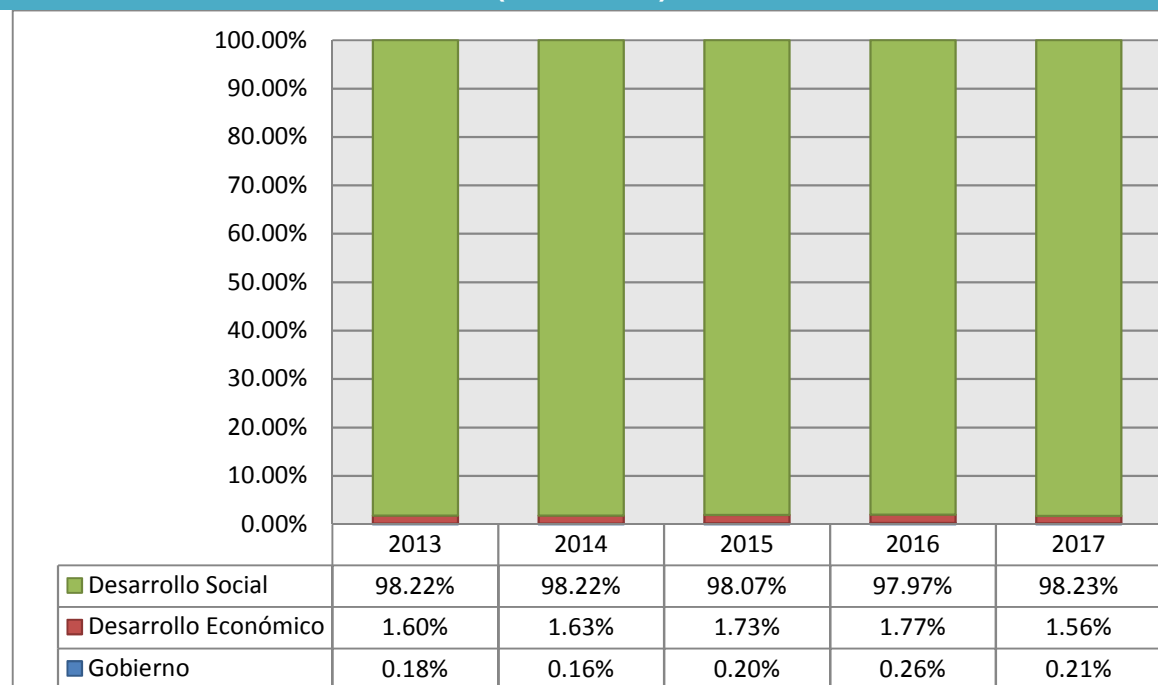
Gráfico 15. Participación del sector salud respecto al gasto público federal (2013-2017)



Fuente: SHCP, Cuenta De La Hacienda Pública Federal De 2013-2014, Tomo II Gobierno Federal- Información Presupuestaria: Estado Analítico Del Ejercicio Del Presupuesto De Egresos En Clasificación Funcional-Programática para los años 2013-2016

El análisis de la composición del gasto en salud permite mostrar que más del 98% del presupuesto se destina a tareas vinculadas directamente a los servicios de salud, mientras que menos del 2% se destina a las tareas de Gobierno y de Desarrollo económico, presentando estabilidad estructural durante todo el periodo (gráfico 16).

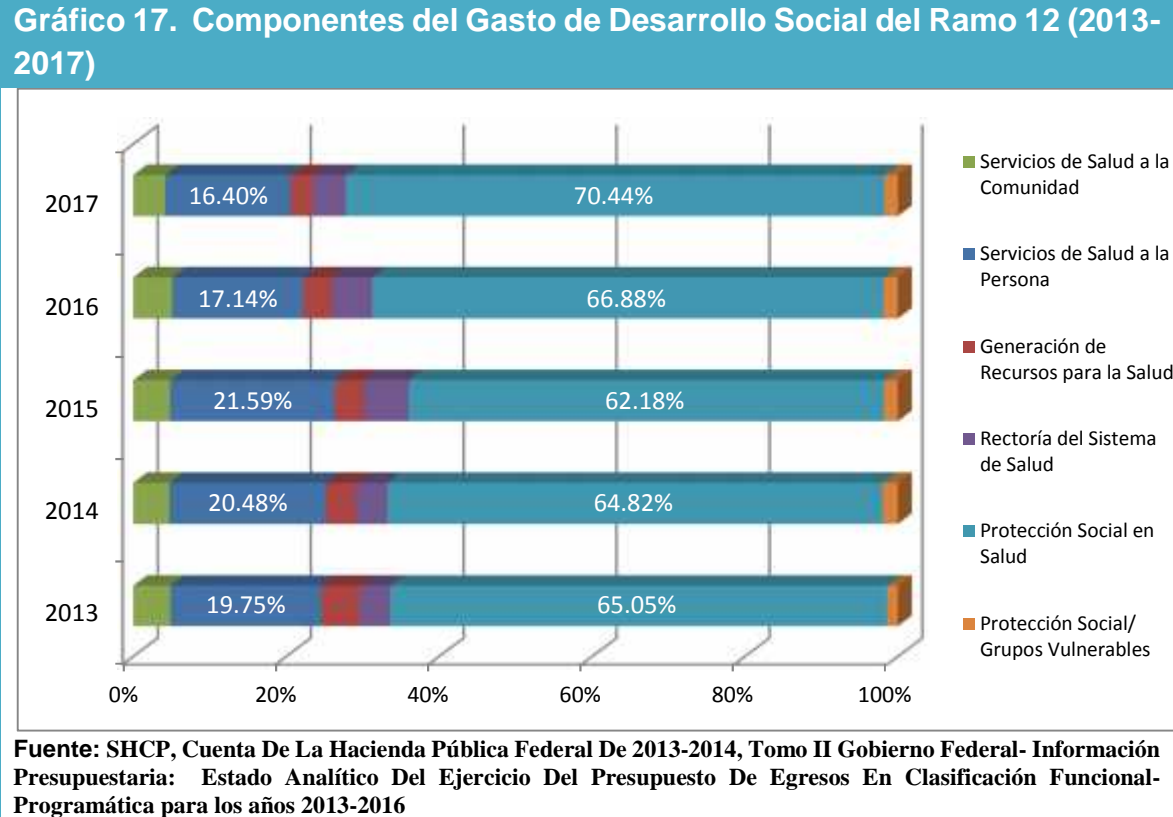
Gráfico 16. Composición del Gasto Público en salud por principal finalidad (2013-2017)



Fuente: SHCP, Cuenta De La Hacienda Pública Federal De 2013-2014, Tomo II Gobierno Federal- Información Presupuestaria: Estado Analítico Del Ejercicio Del Presupuesto De Egresos En Clasificación Funcional-Programática para los años 2013-2016

Por otra parte, se puede encontrar que más del 94% del gasto público del sector se ha canalizado anualmente, durante este periodo, hacia solventar necesidades de gasto corriente, mientras que menos del 6% del presupuesto se destina a tareas vinculadas al gasto en inversión, con lo que se puede argumentar que el sector se ha reproducido durante los últimos años, al menos en lo que corresponde al esfuerzo del sector público, sin que se prioricen los recursos públicos en extender la capacidad instalada para prestar los servicios de atención a las personas y a las familias, lo que resulta por distribuir cada vez mayores cantidades de personas con necesidades de atención, entre una cantidad limitada de unidades de atención, lo que resulta en la saturación de las mismas y la merma en la calidad de los servicios que se pueden prestar en ellas.

Si se abunda aún más, el análisis de los componentes del gasto canalizado a la finalidad del desarrollo social dentro del sector (gráfico 17), se puede encontrar que los rubros con menor participación son los que corresponden a la rectoría del Sistema de Salud y la generación de recursos en salud, con lo que la perspectiva de mejora de largo plazo y la logística de operación del sistema en corto plazo resultan tareas de poca relevancia dentro del esfuerzo del gasto publico. Por otra parte, también se puede acentuar que la protección social en salud y los servicios de salud a las personas y la comunidad concentran en promedio el 90% del gasto.



5. El valor económico de la salud en México.

El presente apartado se encamina a ofrecer una primera aproximación a la evaluación del valor económico de la salud en México, es decir de los efectos tanto económicos como sociales que se retornan al país y su sociedad ante el esfuerzo conjunto de todos los agentes económicos por promover sus condiciones de salud dentro del Sistema Nacional de Salud y sus instituciones públicas y privadas.

Este valor retornado debe cobrar la forma de mejoras en la expectativa de vida de las personas y las familias residentes, así como en la mejora de las expectativas del crecimiento económico del país y su productividad, no obstante cada país y cada estrategia nacional genera sus propios resultados de acuerdo a su propia realidad.

¿Cuánto se debe destinar al gasto en salud como proporción del PIB?

Si bien como se ha señalado en apartados anteriores, el esfuerzo en la promoción de la salud de los mexicanos se ha incrementado a través del tiempo, medido esto en el crecimiento y magnitud del gasto ejercido tanto por los agentes privados como por el gobierno, la tarea pendiente sigue siendo grande, pues si se mide el gasto total ejercido mediante el Sistema Nacional de Salud contra los mejores estándares manejados a nivel mundial, México se encuentra lejos de la medida estándar de los países desarrollados.

De acuerdo con el reporte de estadísticas de la OCDE sobre salud (2014), que ofrecía un balance comparativo de los países miembros alrededor de esta labor, se puede encontrar que México se ubica entre los últimos lugares de la organización en cuanto al indicador que expone la relación del gasto total en salud y el gasto público en salud como proporción del PIB.

El cuadro 13 muestra la evolución de estos dos indicadores para algunas de las principales economías desarrolladas, así como el valor promedio de los países pertenecientes a la OCDE como una primera aproximación para considerar si el gasto a nivel nacional canalizado a través de su sistema de salud es sobresaliente o insuficiente respecto a la magnitud de sus economías.

Cuadro 13. Comparativo internacional del Gasto en Salud y el PIB

Gasto público en salud como porcentaje del PIB											
País año	Francia	Estados Unidos	Alemania	Japón	Reino Unido	Canadá	Promedio OECD	Corea	Turquía	Chile	México
1990	6.047	4.593	6.058	4.442	4.235	6.22	4.351	1.431	1.495	0	1.748
2000	7.526	5.605	7.377	5.829	5.256	5.741	4.868	2.016	2.919	3.332	2.196
2011	8.403	7.992	7.73	7.689	7.318	7.183	5.941	3.736	3.986	3.061	2.819
2012	8.499	7.967	7.766	7.72	7.227	7.172	5.953	3.768	3.928	3.225	2.995
Gasto total en salud como porcentaje del PIB											
2012	11.6	16.9	11.3	10.3	9.3	10.9	9.3	7.6	5.4	7.3	6.2

Fuente: OCDE (2014) reporte de estadísticas de la OCDE sobre salud

Es necesario destacar que de acuerdo a esta medición, los países pertenecientes a la OCDE invierten en promedio el 9% de su PIB en el sector salud, siendo que los países más desarrollados sobrepasan este nivel, en uno o dos por ciento en promedio, situándose en niveles de gasto en salud ubicados entre el 10 y el 12%, siendo que existen algunos que llegan a alcanzar hasta el 16%, como es el caso de los Estados Unidos.

En este caso, México si bien ha incrementado su gasto en salud, su proporción respecto al PIB ha permanecido dentro del 6% promedio desde la década de 1990 y hasta 2017, con lo que el esfuerzo de la sociedad mexicana sigue siendo bajo respecto a los estándares internacionales.

También, las mejores prácticas internacionales muestran que los países que cuentan con mejores sistemas de salud canalizan en promedio el 70% de sus recursos a través del sector público, dejando que sólo el 30% del gasto sea canalizado a través del sector privado, lo que muestra una relación lejana a la observada en México, en donde el gasto público y privado resulta en una relación equilibrada a un 50% y 50% entre ambos sectores.

Esta diferencia se revierte por tanto en una baja participación del gasto público en salud respecto al PIB, donde nuevamente México se encuentra por debajo de los estándares promedio de la OCDE, en donde se promedia el 6%, siendo que México alcanza únicamente un 3%.

De esta forma se tiene que México se encuentra llamado a incrementar su gasto total y su gasto público para la atención a la salud hasta incrementar su participación

respecto del PIB, al menos al menos el nivel medio de los países de la OCDE, para acercarse a la proporción y monto canalizado por las economías desarrolladas, priorizando la canalización a través del sector público.

Mejoras en la expectativa de vida de las personas

Actualmente existen indicadores internacionalmente aceptados para medir el valor del gasto en salud revertido en mejoras para la expectativa de vida de las personas, los cuales muestran la magnitud de los avances y retrocesos de las naciones y sus sociedades al optar por mejorar sus sistemas de salud.

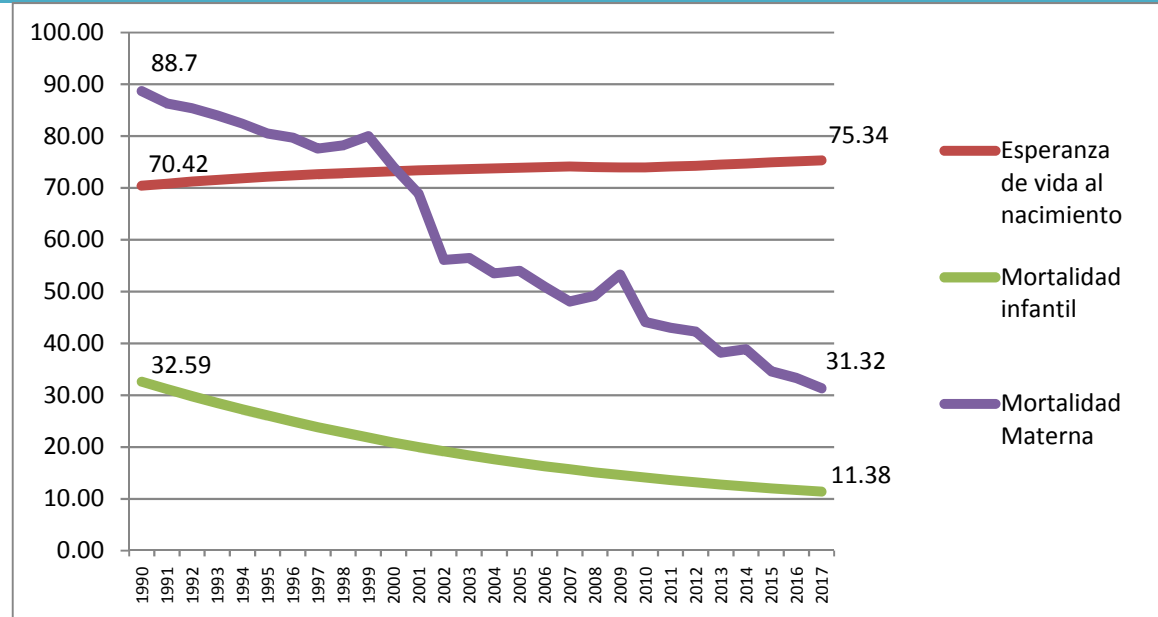
Los principales logros son medidos en el progreso de tres indicadores:

- 1) El incremento de la esperanza de vida al nacer, que es el aumento progresivo de la cantidad de años que una persona aspira a alcanzar antes de su muerte, la cual refleja el progreso de la calidad de vida, la atención médica y el progreso de los instrumentos, ciencia y tecnología al alcance de las personas para prolongar sus años de vida.
- 2) La reducción de las tasas de mortalidad materna, que son las defunciones por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, la cual es reflejo de la capacidad reactiva del sistema de salud para la atención a este sector de la población, el cual implica una tasa mayor entre menor es el nivel de desarrollo de la sociedad y el acceso de los servicios de salud. Y por último
- 3) La reducción de la mortalidad infantil, que refleja la probabilidad de que los recién nacidos fallezcan antes de los cinco años de edad, lo que refleja a su vez los resultados de la asistencia social y actividades como la inmunización, nutrición, salud materna, y acceso a servicios básicos.

Como se alcanza a apreciar en el gráfico 18, los tres indicadores para el caso de México muestran un progreso hacia su posición ideal, es decir que se ha aumentado la esperanza de vida y se han reducido las tasas de mortalidad infantil y materna durante los últimos años.

El primer indicador se ha incrementado en casi 5 años, alcanzando una esperanza de vida promedio de 75 años para nuestro país en 2017, mientras que las tasas de mortalidad se han reducido por debajo de la mitad de su magnitud descendiendo la tasa de mortalidad materna de 88.7 a 31.3 y la mortalidad infantil de 32.5 a 11.3 entre 1990 y 2017.

Gráfico 18. Principales indicadores e impacto social del progreso del sistema de salud



Fuente: CONAPO México en cifras: Proyecciones de la Población 2010-2050 e Indicadores de evaluación sobre los objetivos de desarrollo del milenio para México (INEGI)

Se puede encontrar, en los principales indicadores de evaluación, México ha mostrado progresos sustanciales durante las últimas décadas, que permiten hoy en día presentar un balance positivo en materia de salud básica a nivel nacional, permitiendo alcanzar las metas planteadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para nuestro país,

De acuerdo al informe sobre los ODM para México presentado en 2015 por la ONU-México, el Gobierno de la República y el INEGI, nuestro país ha logrado cumplir con sus metas, alcanzando a reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil y en tres cuartas partes la mortalidad materna, lo cual ha sido producto sobre todo de la extensión de los servicios del sistema de Asistencia Pública a las personas con mayores niveles de vulnerabilidad y su atención dentro del sistema de salud pública.

Además de estos avances, se ha presentado progresos en indicadores complementarios a estos, como el incremento en la proporción de vacunación entre

la población, la proporción de partos con asistencia de personal capacitado, la reducción de la fecundidad en mujeres jóvenes y el combate al paludismo, VIH/SIDA y otras enfermedades de alto impacto (véase el cuadro 14)

Cuadro 14. Principales avances en los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de salud en México.

Área prioritaria	Indicadores y metas							
	Indicador ^{2/}	Línea base 1990 ^{3/}	2000	2005	2010	Última fecha disponible	Meta 2015	¿Cómo va México?
Reducción de la mortalidad infantil	Meta 4.6. Reducir en dos tercios, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años							
	4.1. Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años	41.0	25.0	20.5	17.2	15.7 (2011)	11.7	
	4.2. Tasa de mortalidad infantil	32.5	20.8	16.9	14.1	13.6 (2011)	10.3	
	4.3. Proporción de niños de un año de edad vacunados contra el sarampión	73.8	76.5	74.2	81.7	91.8 (2014)	91.0	
Mejora de salud materna	Meta 5.A. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes							
	5.1. Razón de mortalidad materna, defunciones por cada 100 mil nacidos vivos	88.0	74.1	54.0	44.1	38.2 (2013)	22.2	
	5.2. Proporción de partos con asistencia de personal sanitario capacitado	78.7	87.1	91.1	94.5	96.3 (2014)	Más del 90%	
	Meta 5.B. Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva							
	5.3. Prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres en edad fértil ^{4/}	64.1 (1997)	68.4 (1997)	71.9 (2006)	72.1 (2003)	72.4 (2014)	Aumentar	
	5.4. Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años	75.8	71.4	68.1	65.8	61.7 (2014)	Reducir	
	5.5. Incremento de consultas prenatales por embarazada atendida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud	4.4 (2008)	4.4	4.8	5.0	5.4 (2014)	5.0	
5.6. Necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos	25.1 (1987)	12.2 (1997)	12.0 (2006)	10.0 (2007)	5.2 (2014)	Reducir		
Combate a enfermedades	Meta 6.A. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación de VIH/sida							
	6.1. Prevalencia del VIH en población adulta (15 a 49 años) ^{5/}	1.657 ^{6/}	0.493	0.352	0.262	0.230 (2014)	Menos de 0.6	
	Meta 6.B. Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/sida de todas las personas que lo necesitan							
	6.2. Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicación antirretrovirales	79.4 (2001)	ND	ND	84.9	73.8 ^{6/} (2013)	Al menos 80%	
	Meta 6.C. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves							
	6.6. Tasa de incidencia asociada al paludismo (por 100 mil habitantes)	51.1	7.3	2.0	1.1	0.5 (2014)	1.0	
6.3 P. Proporción de las enfermedades con gaceros a casos con formas de paludismo en menores de 5 años, para la prevención, control y eliminación de la transmisión del Plasmodium vivax ^{7/}	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0 (2014)	100.0		
6.9 a. Tasa de incidencia asociada a la tuberculosis (todas las formas) por 100 mil habitantes	15.6	18.2	15.5	15.5	16.4 (2014)	15.6		
6.9 b. Tasa de mortalidad por tuberculosis (todas las formas), defunciones por cada 100 mil habitantes	7.1	3.2	2.0	2.1	2.0 (2013)	1.7		

Fuente: retomado del informe sobre los ODM de México (2015) presentado por la ONU-México, el Gobierno de la República y el INEGI.

Con estos resultados se puede encontrar que si bien los incrementos en la magnitud del gasto público y privado en México, no han sido los ideales para alcanzar los mejores estándares internacionales, la reorientación del gasto y la generación de programas de salud pública y servicios clínicos esenciales como el seguro popular ha permitido alcanzar y atender a sectores de la población que anteriormente se encontraban desprotegidas por falta de acceso a los servicios básicos.

Empleos, crecimiento económico y productividad

El escalamiento del gasto en salud se puede revertir en términos económicos en nuevos y mejores empleos e ingresos familiares, en crecimiento económico y productividad laboral, entre otros más, no obstante sus resultados dependen no solo de la magnitud de los recursos invertidos en el sector, sino también en la estructura económica nacional y la estrategia nacional de salud que esté encaminando dichos recursos.

Actualmente el sector crece a ritmos promedio del 2.2% anual en términos reales, lo cual es insuficiente para alcanzar los estándares internacionales, no obstante la producción de bienes y servicios del sector representa un área de oportunidad para el crecimiento económico, sobre todo porque que su producción, demanda en gran medida productos de origen nacional.

El 80.3% de los productos necesarios para la operación del sistema de salud se demandan del mercado interno, por lo que su efecto dinamizador en la economía es superior al de otras ramas de actividad que resultan exportadoras de capital; esto quiere decir que de cada peso ocupado dentro de la operación del sistema de salud se reincorpora a la demanda agregada nacional 80 centavos, lo cual permite a su vez la activación de otros sectores económicos locales y regionales.

Cada peso invertido en el sector, sea en infraestructura o equipamiento se ve acompañado de la generación de empleos en toda la cadena de actividades vinculadas al cuidado de la salud, desde las tareas de construcción, mantenimiento y operación del sistema hospitalario y de clínicas locales en todo el país, con lo que posibilita e incentiva el crecimiento económico y la redistribución del ingreso en forma positiva incluso a nivel regional, pues la infraestructura en salud, a diferencia de otros sectores que tienden a su concentración espacial, tiende a asociarse con la distribución de los centros de población a nivel nacional.

Por otra parte, el sector salud es una rama de actividad de los servicios nacionales en el que intervienen recursos de empresas aseguradoras, proveedoras de salud, farmacéuticas y equipos de rehabilitación y laboratorios entre otros, por lo que el valor de esta actividad contribuye en buena parte a la producción de riqueza nacional, incentivando la inversión del sector privado y la competitividad entre los proveedores de la cadena de suministros y de servicios para las instituciones públicas, como para las familias que hacen uso de sus servicios.

La generación de empleos en el sector salud sirve a las familias mexicanas para prevenir y recuperarse de enfermedades, mejorar su calidad de vida, tanto como una herramienta para mejorar la distribución de la riqueza a nivel nacional.

Los empleos provistos en el sector salud son mejor remunerados y más estables que el promedio nacional, en tanto que se ubican dentro de un área de especialidad de baja rotación laboral y con un alta vinculación a la educación, con lo que la proliferación de estos empleos no solo incrementa la escala laboral sino la mejora de las condiciones de los ingresos de sus familias en el mediano y largo plazo.

Durante el año 2016 el Producto Interno Bruto Ampliado (PIBA)¹⁰ del sector salud fue equivalente al 5.6% del PIB en el país, alcanzando un monto de 1 billón 127 mil 431 millones de pesos. En este mismo año, el sector salud registró 2 millones 48 mil 84 puestos de trabajo remunerados, poco menos del 5% de del total de los empleos remunerados de la economía nacional (53.4% correspondieron al sector público), lo cual implica que es uno de los sectores de mayor relevancia nacional a pesar de encontrarse por debajo de los mejores estándares internacionales.

De esta forma, el escalamiento del gasto del sector salud al nivel que supone alcanzar el nivel promedio de la OCDE implicaría incrementar al doble su escala laboral en aproximadamente 2 millones 40 mil empleos adicionales, logrando alrededor de 4 millones 8 mil empleos formales, estables y con un factor de impacto familiar que podría alcanzar hasta 3 personas por cada empleo generado.

No obstante, el escalamiento laboral del sector viene limitado también por los recursos humanos especializados existentes en el país para esas tareas, por lo que sería imposible alcanzarlo en el corto plazo si el incremento del gasto público no se ve acompañado del desarrollo de las instituciones educativas y la formación de nuevos recursos humanos con habilidades para laborar en el sector.

¹⁰ Al agregar A LA PRODUCCION DEL SECTOR SALUD EL rubro DE la valoración del Trabajo No Remunerado que los hogares destinan a la Salud (TNRS), se hace referencia entonces al Producto Interno Bruto Ampliado del sector salud.

La relación entre salud y crecimiento económico puede ser analizada también desde otros enfoques, por una parte una población sana se dice que es una población más productiva y también una población que representa una menor carga financiera para el gasto público en el largo plazo, es decir que, la salud aumenta la productividad, su potencial laboral y la eficiencia del gasto público al reducir los costos unitarios de la atención al usuario.

Como se ha visto, la atención al usuario es cada vez más costosa en la actualidad, se atienden menos personas a un mayor costo, esto debido a que las enfermedades que se tratan dentro del sistema son cada vez más complejas y donde proliferan las enfermedades crónicas y degenerativas derivadas de un estilo de vida nocivo para la salud, donde la alimentación resulta deficiente consolidando un población con altos índices de obesidad, hipertensión, diabetes y enfermedades bronco respiratorias, entre otras.

A pesar de la complejidad de fenómenos que interactúan en contra de la salud de la población, el sector de servicios médicos y atención a la salud es de los más productivos a nivel nacional y de los que incrementan su productividad laboral de manera más acelerada, lo que justifica la motivación por invertir en este tipo de actividades, tanto por parte de los agentes privados, como por parte del sector público en el corto y mediano plazo.

El gráfico 19 muestra la brecha que existe actualmente entre la productividad del sector salud y del resto de la economía, en donde se logra apreciar que existe un diferencial promedio del 1.27% en términos reales durante el periodo 1991 a 2017 en donde la productividad del sector salud supera al promedio de los sectores, y donde incluso su productividad se llega a mover en dirección contraria al de los demás, mostrando que es un sector donde la inversión encuentra menor volatilidad ante externalidades económicas negativas.

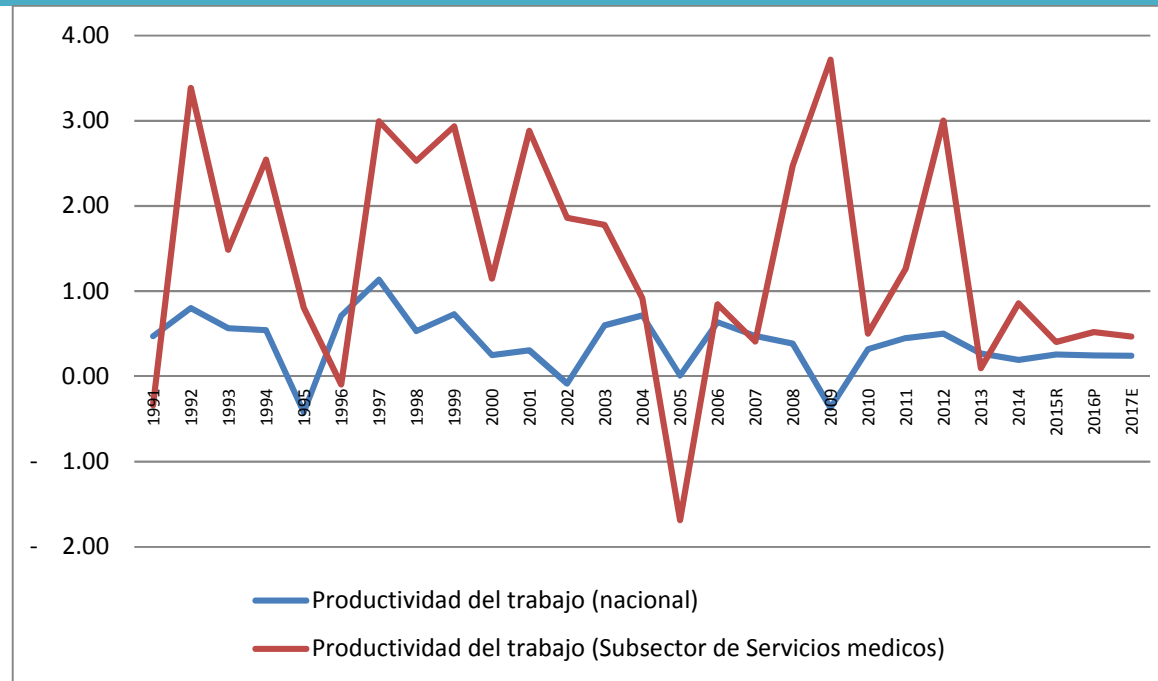
Un ejemplo de esta fortaleza económica del sector salud se puede apreciar durante la crisis de 2009, en donde la productividad a nivel nacional decrece debido al entorno económico mundial adverso, mientras que la productividad del sector salud se ve incrementada.

Por otra parte, como se observa también en el gráfico 19, la productividad laboral en México tiende a una productividad que crece muy lentamente, por debajo del 0.4% anual, lo que es menor al crecimiento real de la economía nacional y del crecimiento del gasto en salud, fluctuando de manera independiente a ellas,

viéndose influenciada principalmente por una economía de bajo valor agregado y otros factores distintos a los asociados a la calidad de los servicios médicos.

No existe evidencia contundente que permita afirmar que la productividad a nivel nacional se ha incrementado en el país durante el periodo de estudio debido a las alzas del gasto en salud, ya a que no existe una correlación entre la tendencia de la productividad a nivel nacional y la de los distintos componentes del gasto en salud, sea pública o privada¹¹, al menos en las condiciones actuales.

Gráfico 19. Tasas de crecimiento anual de la productividad del trabajo: Total nacional y del subsector salud y servicios médicos 1991-2017



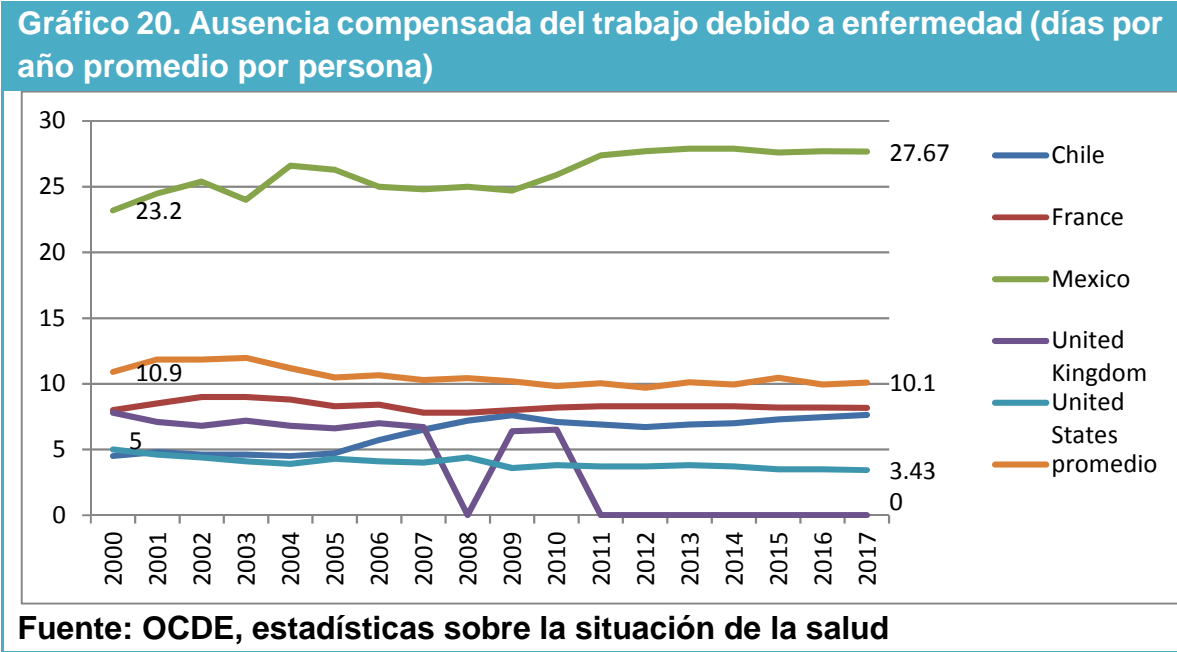
Fuente: OCDE, estadísticas sobre la situación de la salud

Si bien, el gasto del sector salud está impactando positivamente el crecimiento, el empleo, y los encadenamientos productivos dentro del mercado nacional, siendo un sector de alta productividad, su desenvolvimiento no está impactando en la reducción de los días en que los trabajadores mexicanos se ausentan de sus trabajos debido a enfermedad, en donde lejos de observarse progresos, México tiende a alejarse gradualmente del promedio de los países de la OCDE.

¹¹ Se elaboraron diversos modelos econométricos enlazando la productividad laboral en México contra la evolución del gasto del sector salud y sus distintos componentes sin que las variables resultaran estadísticamente relevantes.

El gráfico 20 muestra como entre el año 2000 y 2017, los países que muestran mayores proporciones de gasto en salud, muestran también una tendencia a la reducción en los días laborales perdidos por parte de su planta laboral, mientras que México, por el contrario se ha ido incrementado su brecha respecto al nivel promedio de la OCDE en más de 17 días perdidos anualmente por enfermedad por persona, lo cual impacta negativamente la cantidad de trabajo vertido por persona para el crecimiento económico.

Se observa como países como Reino Unido, Estados Unidos y Francia, entre otros con gastos superiores al promedio de la OCDE pierden menos días hombre por enfermedad al año, llegando incluso a perder 0 días anualmente en promedio nacional, mientras que México ha alcanzado casi a triplicar el promedio de la OCDE alejándose cada vez más de la media internacional.



Con esto se alcanza a apreciar que si bien se ha incrementado el gasto en salud durante el periodo de estudio, logrado mejorar la atención básica entre los sectores de la población con mayor vulnerabilidad, elevando la esperanza de vida, los índices de vacunación y reduciendo la mortalidad materna e infantil, entre otras, como se mostró con la evolución reciente de los indicadores de impacto social de la salud, su crecimiento no ha sido suficiente como para traducirse en mejoras sobre todo en materia laboral para el resto de la economía.

El impacto económico de la salud en México, por tanto, es menor al del potencial que se podría lograr si se alcanzaran los mejores estándares internacionales

planteados por la OCDE, pues su baja participación respecto al PIB se traduce en que solo se cuenta con los recursos suficientes para impactar los padecimientos básicos y reducir los indicadores más alarmantes, así como para fomentar el dinamismo económico general, pero no los suficientes para lograr impactar sobre todo de los indicadores que afectan la Población Económicamente Activa para mejorar su labor y su aportación individual a la generación de riqueza nacional.

También, el incremento de la inversión en el sector salud puede llegar a generar un impacto positivo en el crecimiento económico y el bienestar social a través de la reducción del impacto en el bolsillo de las familias derivado de la eventual aparición de enfermedades con alto costo económico.

El gasto de bolsillo¹² y el gasto catastrófico¹³ son indicadores que cuanto menores sean, la economía se verá influenciada de manera positiva puesto que reducen la vulnerabilidad de las familias mediante el desarrollo de todo el sistema de salud y la colaboración entre los distintos agentes públicos y privados para sostener la seguridad de la población ante la enfermedad.

En México el gasto de bolsillo, permanece alto, alcanzando una magnitud del 41% del gasto general en salud, donde se posiciona como el segundo país con mayor magnitud de entre los países de la OCDE, superando por dos el promedio de la Organización, el cual equivale al 20 %.

La alta magnitud del gasto de bolsillo implica que el esfuerzo público y privado en salud realizado en México no está brindando seguridad financiera de largo plazo para las familias, siendo que estas, ante la eventual aparición de enfermedades requieren de realizar desembolsos mayores por la falta de cobertura médica, viéndose obligadas a asimilar mayores pérdidas económicas de manera individual¹⁴, lo que se traduce indirectamente en una reducción en su capacidad de compra, o inversión en el mediano y largo plazo ante los embates del corto plazo, dependiendo el caso.

¹² El **Gasto de bolsillo en salud** engloban todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud. Normalmente se trata de honorarios de médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital. Los gastos en medicina alternativa y tradicional se incluyen en el cálculo de los gastos de bolsillo, pero no los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia ni los concernientes a nutrición especial. Es importante señalar que al gasto de bolsillo debe ser deducido cualquier reembolso realizado por un seguro (OMS, 2005).

¹³ Los **Gastos Catastróficos por motivos de Salud** ocurren cuando los gastos de bolsillo en salud de un hogar representan 40% o más de su capacidad de pago. El nivel de 40% puede ser modificado de acuerdo a la situación específica de cada país (OMS, 2005).

¹⁴ Esto último se reconoce a través del análisis del gasto de bolsillo y gasto catastrófico, dos variables medibles en lo que respecta al gasto de los hogares en servicios de salud, lo cual es materia de investigación por parte de los organismos correspondientes.

Conclusiones y recomendaciones

Derivado del estudio se pueden encontrar las siguientes conclusiones:

- 1. El grado de salud de la población es producto del esfuerzo conjunto de todos los agentes económicos, en donde México se encuentra por debajo de la media internacional**

El grado de salud que caracteriza a una población no es producto únicamente del esfuerzo del gobierno, sus instituciones, su marco normativo y sus políticas de ejercicio del gasto público; tampoco es únicamente producto del esfuerzo de las personas y las familias en su búsqueda por preservar sus condiciones de vida, cuidar su alimentación o minimizar su exposición a factores de riesgo; así tampoco es producto del esfuerzo unilateral del sector privado por invertir más o menos en fortalecer las tareas del cuidado de la salud; sino que es producto de un esfuerzo conjunto de todos estos agentes económicos y sociales, sus decisiones presentes y sus reflejo hacia el futuro.

Todos los agentes deben de empujar en la misma dirección si se quiere mejorar la salud del país, puesto que los esfuerzos unilaterales se diluyen a través del tiempo si no cuentan con un eco por parte de los demás agentes económicos como un sistema coordinado y cooperativo.

En este marco, el esfuerzo de inversión en salud realizado por todos los agentes económicos debe incrementarse alrededor de 3 o 4 puntos porcentuales como proporción del PIB, para alcanzar los estándares promedio observados entre los países de la OCDE, pasando del 6% del gasto en salud con el que se cuenta actualmente, hasta alcanzar al menos el 9% o 10% respecto al PIB, en donde el sector público debe llevar el mayor peso del esfuerzo.

Dentro de este esfuerzo, el gasto público debe duplicarse, pasando del 3% del PIB hasta alcanzar el 6% para encontrarse en la proporción promedio de los países indexados por la OCDE, de lo contrario, los resultados del sistema nacional de salud continuaran siendo insuficientes para impactar la productividad del país y reducir los días laborales perdidos por enfermedad.

2. El gasto en salud crece y ha generado beneficios tangibles, no obstante es pequeño, insuficiente e ineficiente.

El gasto en salud crece a través del tiempo, es decir, que se está progresando en acercar más recursos a las tareas de atención a la salud; no obstante este crecimiento es insuficiente cuando se le compara contra el esfuerzo realizado en otros países y el propio crecimiento del país, dando como resultado que la proporción del gasto en salud respecto al PIB no ha cambiado durante las últimas décadas.

Se ha conseguido cumplir con metas importantes vinculadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, lo cual representa logros importantes para el país y la política nacional de atención a la salud, como la reducción de los indicadores en mortalidad materna e infantil, así como incrementar la esperanza de vida al nacer y la atención a enfermedades infectocontagiosa, por mencionar algunos ejemplos, no obstante los recursos con los que cuenta el sistema no han sido suficientes para mejorar la atención de todos los sectores de la población, con lo que la atención a las personas en edad laboral no ha llegado a impactar el crecimiento de la productividad nacional o la reducción de los días que las personas se aumentan al trabajo por enfermedad.

Si bien se ha alcanzado aumentar la cobertura poblacional del sistema de salud y a brindar atención a la población más vulnerable; a la par han avanzado las enfermedades crónico degenerativas y otros padecimientos de alto costo, con lo que la eficiencia del gasto en todas las instituciones de salud del sector público federal tiende a caer a través del tiempo, provocando el aumento de los costos unitarios para la atención para sus usuarios.

3. El sistema de salud mexicano resulta desigual y fragmentado con subsistemas de carácter público diferenciados en cuanto fondeo, población asistida y alcances de los servicios

Como se muestra a lo largo del estudio, México se encuentra funcionando sobre un sistema de salud mixto, donde conviven tres modelos de provisión de servicios de salud: un subsistema privado y dos subsistemas públicos, es decir de los subsistemas de seguridad social y de asistencia pública.

Pese a los esfuerzos por generar un equilibrio dentro del sistema y llevar todos los servicios de salud hacia un mismo nivel de atención, cada uno de ellos atiende a distintos sectores de la población bajo distintas calidades de atención y servicio, en

donde conforme se atiende mayor población con menores niveles de ingreso, también se tiende a contar con menores recursos para su operación¹⁵.

En este contexto, los subsistemas públicos obedecen a dos modelos diferentes con circunstancias diferentes, que resultan excluyentes entre sí de acuerdo a sus propios protocolos de atención y formas de cobertura para la población usuaria, lo que determina un alcance fragmentado y limitado en sus servicio, lo que es la mayor barrera en el intento de estandarizar la provisión de servicios médicos y extenderla.

Tanto las instituciones de asistencia pública, como las de seguridad social operan sobre esquemas de funcionamiento distintos, que determinan una atención y alcances diferenciados.

Las instituciones de seguridad social obtienen sus fondos de manera tripartita, donde las aportaciones de empleados y empleadores fondean gran parte del gasto en el caso de los trabajadores de la iniciativa privada, es decir los afiliados al IMSS, mientras que en el caso del ISSSTE la distribución de los recursos es predominantemente de origen gubernamental, pero siempre vinculados a la magnitud de su escala laboral formal, lo que implica un nivel mínimo de capacidad financiera que sostiene las labores de las instituciones derivadas de los recursos generados las personas y familias afiliadas.

Por otro lado, en el ámbito de la asistencia pública los recursos provienen de aportaciones del gobierno federal y recursos de públicos de las entidades federativas, que aunque está contemplado entre las fuentes financieras que exista aportaciones de las familias afiliadas, lo cierto es que los programas de asistencia son programas focalizados en la atención a segmentos poblacionales de lo más vulnerables por lo que los recursos de esta fuente financiera son altamente escasos y cada vez más insuficientes.

Como se ha señalado, la población atendida por las instituciones de seguridad social hace referencia a los empleados formales de la iniciativa privada y del gobierno que son adscritos a un régimen de aseguramiento obligatorio para los patrones, sean empresas o gobierno, a fin de garantizar los servicios de salud de los trabajadores y de sus familiares, así como también de los jubilados y sus beneficiarios; mientras que en las instituciones de asistencia pública se cubre a la

¹⁵ Las instituciones encargadas de prestar los servicios de salud a las personas con mayor nivel de vulnerabilidad se sostienen a condiciones de financiamiento mucho más limitadas, pues no tienen acceso a una combinación de recursos en donde los usuarios puedan ser activos en la carga presupuestal sobre su atención, en tanto que no cuentan con los recursos propios para solventar sus necesidades, resultando en un funcionamiento naturalmente insuficiente.

población restante, que se encuentra fuera de la seguridad social, ya sea por su condición laboral o por el grado de marginación que detentan en muchas de las ocasiones, por lo que el sistema de aseguramiento, es de carácter optativo no obligatorio, pues depende de la afiliación voluntaria de cada persona o familia que desea hacer uso de los servicios, lo que resulta en una tendencia hacia que las personas con menores niveles de ingreso cuenten con menor nivel de aseguramiento y menor acceso a servicios de salud.

En tercer lugar los niveles de cobertura de ambos subsistemas son diferentes ya que en la seguridad social la cobertura es integral y de carácter curativo, es decir hay atención total, desde la atención más básica, hasta la más especializada, cualquiera que sea el padecimiento que sufra el afiliado. En el caso de la asistencia pública, la cobertura es principalmente de carácter primario y preventivo (servicios básicos de primer nivel) y en solo algunos padecimientos que son reconocidos como enfermedades ocasionadoras de gastos catastróficos se prolonga la cobertura al segundo y tercer nivel de atención médica.

4. Salud y empleo en la seguridad social

En lo que corresponde a la seguridad social se pudo encontrar que los recursos financieros totales han experimentado caídas en las tasas de crecimiento ligadas no solo a la contracción de la participación del presupuesto público, sino a los periodos de crisis económicas y su incidencia en el país, y los periodos de desaceleración económica los cuales se reflejan de manera directa a la magnitud del empleo formal y su desempeño, provocando caídas en los recursos que alimentan la seguridad social conforme se vuelve adverso el entorno económico.

De esta manera, la capacidad financiera del subsistema de seguridad social se ve mermada conforme se incrementa la proporción del empleo informal sobre el empleo formal; en donde para fortalecer sus fuentes de financiamiento se tiene que promover también la incorporación de los empleados informales a la formalidad y la seguridad social.

5. Salud y pobreza en la asistencia pública

La salud a través de la asistencia pública ha crecido mucho más que la seguridad social en las últimas dos décadas, gozando de una amplia cantidad de recursos federales, los cuales son invertidos en programas dirigidos a los segmentos más vulnerables y que se encuentran aislados de la seguridad social en el país, sin embargo, el fondeo de este subsistema se lleva a través de recursos públicos

principalmente, por lo que al igual que en la seguridad social las crisis económicas y sus efectos en el presupuesto público han impactado en los resultados esperados de los programas llevados a cabo.

Esto se debe en parte al tipo de cobertura que se ofrece, ya que es de tipo básico y esta situación implica que en muchas ocasiones las familias busquen subsanar la carencia de coberturas medicas de carácter público en el mercado privado, ya sea contratando servicios médicos o adquiriendo medicamentos no considerados entre los servicios que prestan los programas públicos de salud, en segundo lugar se tiene que gran parte de los gastos que las familias realizan en materia de salud y que se dirigen al sector privado han dado como resultado que junto al gasto de los segmentos más ricos de la población hoy en día el gasto privado sea de un nivel muy alto y su nivel de cobertura poblacional sea muy bajo, algo que a simple vista enmarca un escenario de inequidad e ineficiencia en cuanto al gasto público se refiere.

6. Otras conclusiones respecto al comportamiento de de las instituciones de salud públicas

a) Respecto a las instituciones pertenecientes al sistema de Seguridad Social

IMSS: Si bien entre 1996 y 2017 los recursos del IMSS han sido crecientes también se observa que el rendimiento del gasto en salud canalizado por el instituto ha sido afectado por las crisis económicas y por las condiciones generales del país, especialmente en lo que respecta al crecimiento del empleo formal ya que la fuente principal de los ingresos del instituto son las aportaciones obrero-patronales.

El estudio mostró que la tasa de crecimiento de los recursos del instituto se ha mantenido acompañada del aumento de su población usuaria, llevando a concluir que los retos que enfrenta está compuesta no solo por la los crecientes costos para atender a la población usuaria, sino una tendencia hacia la reducción de las cotizaciones de los afiliados y sus familias, tanto como por parte de los jubilados y pensionados y sus beneficiarios, quienes implican un crecimiento en las necesidades de gasto del instituto, sin que este último integre nuevas fuentes de recursos para atender sus obligaciones.

ISSSTE: A diferencia del IMSS, el incremento de los recursos del ISSSTE es casi el doble, lo cual se explica por dos causas principales: i) la naturaleza del financiamiento del ISSSTE cuyas fuentes son en su mayoría son de carácter público

ya que pese a ser tripartito dos porciones altamente significativas son de origen público (cuotas de las dependencias empleadoras y del gobierno federal en materia de Seguridad Social).

Si bien la población usuaria de este instituto crece a un ritmo lento, los costos de atención se han elevado de manera acelerada durante los últimos años, lo que se explica por el perfil de morbilidad y padecimientos en la población usuaria atendiendo padecimientos crónico degenerativos que representan un alto costo de tratamiento así como una población jubilada y pensionada mayor que la del IMSS debido a su marco institucional más flexible en materia laboral.

ISSFAM: La seguridad social de las fuerzas armadas representa un punto importante aunque financieramente no tan significativo como los institutos anteriores, sin embargo los apoyos han sido crecientes en la medida en que este sector cobra importancia ante los hechos de violencia que se han presentado en las últimas décadas y la necesidad de reforzar la seguridad nacional.

PEMEX: Las prestaciones de la paraestatal si bien no son significantes dentro del presupuesto total de salud, son los más costosos para atender a su población usuaria, lo cual refleja un régimen de beneficios superiores al resto de los usuarios del sistema nacional de salud.

En conclusión las Instituciones Federales de Salud con Seguridad Social más importantes, el IMSS y el ISSSTE, presentan una dinámica similar a razón de la similitud de la población afiliada en cada institución, sin embargo el ritmo de crecimiento en sus ingresos y los costos de sus labores son diferentes en tanto existen también relaciones distintas en cuanto a sus empleadores, el volumen de sus afiliados y los estándares institucionales en materia laboral, como es el caso de los jubilados y pensionados en cada instituto.

A diferencia de estos organismos la seguridad social en las fuerzas armadas y en los trabajadores de PEMEX presenta una dinámica diferente la cual no solo es afectada por elementos de crisis macroeconómica sino también por episodios de cambio al interior.

b) Respecto a las instituciones de Asistencia Pública

Las instituciones de asistencia pública en salud representa un apartado de gasto federal con diferentes matices de evolución a lo largo del periodo de estudio, esto se debe al impulso que se fue gestando en la década de los ochenta y noventa

conocido como las reformas de cambio estructural que fomentaban la descentralización del estado y sus funciones así como de sus recursos.

La conformación del programa de salud con tintes universalistas conocido como el seguro popular modificó la disposición de recursos, extendiendo el alcance de los servicios de salud básica, logrando cumplir actualmente con las principales metas nacionales respecto a la atención de los jóvenes, mujeres y personas en situación vulnerable, no obstante esto no se traduce en un incremento en la productividad económica del país.

Los programas focalizados en poblaciones más pequeñas como el gasto ejercido por la SEDENA, SEMAR y el IMSS-PROSPERA se ha incrementado y contraído significativamente en la medida en que cada campaña de salud o evento catastrófico que lo ha requerido, a excepción del IMSS-PROSPERA que representa un programa más continuo pero de muy bajo impacto y costo.

Se puede concluir que los sistemas de salud pública son muy diferentes en cuanto a población atendida y origen de los recursos, ateniéndose a retos y limitaciones distintos en cada caso, donde pese a que estos perciben financiamiento federal varían mucho respecto al tipo de servicios y capacidad instalada con la que prestan sus servicios, variando con ello también la eficiencia de sus servicios en términos financieros y los costos promedio de la atención a sus usuarios.

Si bien es cierto que la cobertura médica se ha ampliado a raíz del énfasis en promover los sistemas universalistas de atención primaria como opción eficiente en el uso de los recursos públicos, también resulta cierto que los programas como el seguro popular no han tenido el éxito esperado al mantener el gasto privado y de bolsillo en niveles muy similares durante los últimos 20 años y las reformas y cambios al sistema nacional de salud.

Recomendaciones

Del estudio y sus conclusiones se pueden establecer las siguientes recomendaciones:

1. Resulta necesario fomentar la contratación de seguros de carácter público o privado, para impulsar la solidaridad y el enfoque redistributivo del sistema de salud para reducir el desembolso directo que las familias realizan como pago por los servicios de salud ante la aparición de enfermedades.

Con esto se lograría incrementar la cobertura poblacional y reducir la carga individual del financiamiento de los servicios prestados cambiaría, reduciendo el componente más nocivo para la dinámica familiar, que es el gasto repentino en servicios de atención inmediata, siendo sustituida por un financiamiento más socializado y de largo plazo, lo que repercutiría positivamente en las finanzas públicas y de los actores privados.

2. La condición mixta del sistema de salud mexicano resulta costosa para el erario público toda vez que los servicios públicos de salud resultan mutuamente excluyentes y heterogéneos entre sí. Por lo tanto se recomienda hacer énfasis en el uso de la tecnología de la información para facilitar la comunicación e intercambio de servicios a un menor costo y con impacto positivo en la eficiencia de las instituciones.

Las prácticas como el expediente digital y el uso de la tarjeta electrónica de salud como sucede en otros países, son ejemplos de estrategias que impulsan la eficiencia de los servicios a bajo costo y alta composición tecnológica.

3. Respecto a las diferencias de cobertura médica entre subsistemas se recomienda estandarizar servicios de atención en todo el sistema de salud y reconfigurar el apoyo de la secretaria de salud para ofrecer un servicio integral a los usuarios de la asistencia médica de carácter pública,

Esto facilitaría la administración de los recursos clínicos, evitando duplicidades y la libre movilidad de los usuarios de acuerdo a sus necesidades y no las restricciones del subsistema al que pertenecen.

Con esto, las formas de atención médica o protocolos deberían lograr una cobertura universal de tipo integral, lo que significa atención médica completa, pero con un énfasis especial en los servicios básicos y los de carácter preventivo, esto permitirá

ofrecer un concepto de salud total a la población a la par que se enfatiza en el ahorro que la prevención puede aportar dadas las circunstancias actuales dentro del marco de las enfermedades crónico-degenerativas.

4. En lo que se refiere a la fragmentación del sistema nacional de salud, se recomienda continuar con la construcción de un sistema donde las tarifas de los servicios se encuentren homologadas en cualquier subsistema, así también se debe impulsar que cada paciente sea atendido en cualquier institución, es decir, impulsar su portabilidad interinstitucional.

El reto más grande pero más significativo es la reorganización del sistema de salud no con base en las instituciones y subsistemas como se encuentra actualmente, sino basado en las formas de atención que se brindan, por segmento de atención médica.

5. Se recomienda incorporar al sector privado bajo un esquema de incorporación no subrogación a la provisión de servicios de salud con cargo a la afiliación de los pacientes (Seguridad social) o con cargo al erario público (fondos de salud pública) dependiendo las características del usuario. Hacer uso de la infraestructura privada sobre todo de carácter básico primario permite desahogar clínicas públicas bajo el mismo costo y con mayor eficiencia y atención de lograrse una estandarización de los protocolos de atención médica y sus tarifas.
6. En lo que corresponde a la seguridad social se recomienda ampliar el rango de aportaciones salariales del IMSS y del ISSSTE ya que en el caso del primer organismo los recursos obtenidos por concepto de aportaciones obrero patronales se componen en su mayoría de ingresos percibidos de su población entre los 3 y 5 salarios mínimos, careciendo de una contrapartida de redistribución de los tabuladores de ingreso más alto.

Lo mismo sucede con el ISSSTE, aunque de forma más precaria ya que el techo del tabulado de salarios se ubica en 10 salarios percibidos como ingreso, techo que podría ampliarse al abarcar funcionarios de alto rango y segmentando aún más hacia arriba el tabulado a manera de percibir una cuota mayor de aportación con efectos de redistribución hacia los grupos de menores ingresos. Las medidas anteriores impactarían en un mayor monto de recaudación a través de la plantilla de contribuyentes ya existente.

7. En lo que corresponde a la asistencia pública se recomienda una mayor vigilancia en la aplicación de los recursos descentralizados ya que actualmente las partidas de salud en los niveles locales son propensas a la discrecionalidad; también se recomienda ampliar el papel del trabajador social en la supervisión de y seguimiento de control de las familias afiliadas para recolectar cuotas superiores de las familias cuya condición económica lo permita. La contraparte de esta recaudación es la oferta de servicios integrales y de calidad.
8. Respecto al gasto público en salud en instituciones de seguridad social federal se recomienda la mejora de la infraestructura descentralizada ya que hoy en día las principales instituciones de salud centralizan gran parte de sus servicios en la Ciudad de México

Esta estrategia se puede apoyar en la subrogación de servicios a instituciones de salud públicas o privadas distintas a la afiliación del usuario pero bajo el esquema de estandarización en los precios de los servicios y los procedimientos de atención a niveles que no comprometan el gasto por el pago de provisiones de terceros.

9. Por último, se recomienda incrementaren el largo plazo la participación del presupuesto en salud bajo la perspectiva que es un sector potencialmente fuerte y con alto contenido de valor y empleos formales lo que redundaría en una fuente de ingresos fiscales y crecimiento del valor agregado.

Bibliografía

1. Ayala, J. (1996). *Mercado, elección pública e instituciones: una revisión de las teorías modernas del Estado*. México: Porrúa-UNAM.
2. Barragán, H. L. (2007). *Fundamentos de Salud Pública*. Argentina, Buenos Aires: UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA.
3. Beveridge, W. (1946). *Las bases de la Seguridad Social* (2° ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
4. Callejas, R. (2017). *Reestructuración financiera del sistema de salud en México. Una alternativa a la transición universalista (1990-2010)*. México: Tesis Doctoral en Economía. UNAM.
5. Camacaro, P. R. (2006). *Tesis doctoral: Aproximación a la Calidad de Vida en el Trabajo*. Caracas, Venezuela: Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez.
6. Cárdenas, E. (2013). *EL México del 2013, Propuesta para transformar el sistema nacional de salud*. México: Centro de Estudios Espinosa Yglesias.
7. Comisión Mexicana Sobre Macroeconomía y Salud. (2006). *Macroeconomía y Salud*. México: Fondo de Cultura Económica.
8. Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular). (s.f.). *Comisión Nacional de Protección Social en Salud (Seguro Popular)*. Obtenido de gob.mx: <https://www.gob.mx/salud%7Cseguropopular/que-hacemos>
9. Dever, G. (1977). *An epidemiological model for health policy analysis*. Soc. Ind.
10. Diario Oficial de la Federación. (31 de marzo de 2016). Tabla Cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud para el ejercicio fiscal . *DOF 31-03-2016 Aviso que establece los niveles de las cuotas familiares del sistema de protección social en salud para el ejercicio fiscal 2016*. México .
11. Enthoven, A. C. (1998). *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. North-Holland / American: Elsevier Science Ltd (1 de junio de 1988).
12. Franco, L. V. (2000). Desafíos a la salud pública en un mundo en transición. En L. V. Franco, *La salud en el contexto de la nueva salud pública* (págs. 115-134). Ciudad de México: UNAM / Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
13. Frenk., a. e. (2006). *Macroeconomía y Salud. Comisión mexicana sobre macroeconomía y salud*. México: Secretaría de Salud.
14. Furtado, C. (1964). *Dialéctica del desarrollo*. México: FCE.
15. García, L. G. (julio-septiembre, 2017). Hace 50 años, Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos 1967-2017. *Revista Médica de Petróleos Mexicanos*, 78-83.
16. Gobierno de la República . (2013). *Plan Nacional de Desarrollo*. México: Programa Sectorial de Salud.
17. Gobierno de la República. (2013). *Plan Nacional de Desarrollo: Programa Sectorial de Salud*. México.

18. Gomes. (2002). *Servicios de salud en México*. México: Indicadores de cobertura y uso de servicios. FLACSO.
19. González Pier, E. B. (2006). *Sistema de protección social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos/secretaría de salud 2° ed*. México: Fundación Mexicana para la Salud.
20. Guerra de Macedo, C. (2002). La salud pública en las Américas. *documento conceptual y operacional en educación de la salud pública: Nuevas perspectivas para las Américas* , 3-16. Washington D.C: OPS/OMS.
21. Gutiérrez, A. A. (2002). *México dentro de las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social de América Latina*. México.: UNAM-IIEc-Siglo XXI.
22. Gutmann, R. (Enero-Abril de 2009). Una Introducción al capitalismo conducido por las finanzas. *Homenaje a John Kenneth Galbraith. Ola financiera (2)* . México: UNAM.
23. Homedes, N. U. (2011). Nuevo Leon and Tamaulipas. Opening and closing a window of opportunity. En N. U. Homedes, *Decentralizing health services in Mexico* (págs. 231-268). U.S.A, La Jolla: Center for US-Mexican studies, University of California-San Diego.
24. INEGI. (2018). *Resultados de la "Cuenta Satélite del Sector Salud de México*. México: INEGI.
25. ISSFAM Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas. (14 de septiembre de 2016). *Conocenos, Antecedentes, ISSFAM*. Obtenido de gob.mx: <https://www.gob.mx/issfam/articulos/conocenos-antecedentes-issfam?idiom=es>
26. Laframboise, H. (3 de February de 1973). Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. *C.M.A. JOURNAL* , 108.
27. Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Canadá: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare .
28. Laurell, C. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. Argentina.: CLACSO.
29. Llamosa, G. V. (julio-septiembre, 2017). Hace 50 años, Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos 1967-2017. *Revista Médica de Petróleos Mexicanos* , 78-83.
30. Londoño, J. y. (1997). Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. Health Policy, N° 41. En A. (. Laurell, *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. (págs. 1-36). Argentina: CLACSO.
31. Mariscal Avilés, J. &.G.-H. (2012). e-Salud en México: antecedentes, objetivos, logros y retos. *Espacios Públicos* , 65-94.
32. Moreno, M. A. (2008). La Definición de Salud de la Organización Mundial de la Salud y la Interdisciplinariedad. *Sapiens, Revista Universitaria de Investigación* , 93-105.
33. Myrdal, G. (1960). *El Estado del futuro* . México: FCE.

34. Narro, e. a. (2010). Hacia un nuevo modelo de seguridad social. *Economía, UNAM*, 7 (especial).
35. Navarro, V. M. (1998). *Concepto Actual de la Salud Pública*. Ciudad de México: MC GRAW-HILL.
36. Navarro, V. (1998). Salud Pública. En F. C. Martínez, *Concepto actual de la Salud Pública* (págs. (49-54)). Ciudad de México: MC GRAW-HILL.
37. Noé Alfaro, Ó. M. (2012). Salud Pública y Epidemiología. En L. F. Jaime Salvador, *Investigación y Educación en Salud Pública* (págs. 87-116). Durango, México: Universidad Juárez del Estado de Durango.
38. OCDE. (2014). *Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. México en comparación*. México: OCDE.
39. Omram, A. (1983). *The epidemiologic transition theory. A preliminary update. J Trop pediatr.*
40. OMS. (2005). *Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos, metodología. Discussion paper numero 2*. OMS.
41. OPS. (2002). La salud pública en las Américas. *Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases de acción*, OPS 2002. washington D.C.
42. Organización Internacinal del trabajo (OIT). (1984). *Definición Clásica de seguridad social*. Centro Internacional de Formación de la OIT y la Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS).
43. Organización Internacional del Trabajo (O.I.T). (1952). *Sobre la norma mínima de seguridad social, aprobada*. incorporada al texto del convenio N° 102.
44. Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2011). *Informe VI. Seguridad social para la justicia social y una globalización equitativa*. Conferencia Internacional del trabajo, Oficina internacional del trabajo Ginebra.
45. Organización Internacional del Trabajo. (s.f.). *Normas internacionales del trabajo sobre la seguridad social*. Obtenido de Organización Internacional del Trabajo: www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/social-security/lang--es/index.htm
46. Organización Mundial de la Salud . (1978). *Alma-Ata, Atención primaria de salud*. Suiza.
47. Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud Documentos Básicos, suplemento 2006. *La Conferencia Sanitaria Internacional*. Nueva York.
48. Organización Mundial de la Salud. (2017). *Más sano, más justo, más seguro: la travesía de la salud mundial 2007–2017*. OMS.
49. Organización Panamericana de la Salud. (2002). *La Salud Pública en las Américas*. Whashington: Organización Panamericana de la Salud, 2002.
50. Paganini, J. M. (2007). *Las políticas de salud internacionales en Barragan et al. Fundamentos de salud pública*. Argentina: Universidad Nacional de la Plata.
51. Rivas Díaz, J. P. (2017). *Tesis Doctoral: Análisis de los factores que condicionan la dinámica del sistema municipal en México*. México: Facultad de Economía; UNAM.

52. Rubalcava, y. T. (2004). Citados. En F. e. al, & (2006), *Macroeconomía de la salud*. México: Comisión Mexicana sobre economía y salud.
53. Salleras, S. M. (1985). *Educación Sanitaria: Principios Métodos y Aplicaciones*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A. .
54. Secretaría de Hacienda y Crédito Público . (s.f.). Situación actual del FASSA Tomado de (INNAP:SHCP:37) con base en Ley de Coordinación Fiscal, artículos 29,30 y 31. *Resumen Ejecutivo de la consultoría para realizar evaluaciones del ramo 33* .
55. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2017). *Presupuesto de Egresos de la Federación*. México.
56. Secretaría de Salud . (2012). *Manual de Organización Especifico de la Comision Nacional de protección social en Salud*. . México: Secretaria de Salud .
57. Secretaria de Salud. (02 de Diciembre de 2015). *Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)*. Obtenido de gob.mx: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/instituciones-de-seguros-especializadas-en-salud-ises>
58. Soriano, R. R. (1995). *Capitalismo y Enfermedad* . México: Plaza y Valdes, S.A. de C.V. VALDES, S.A. DE C.V.
59. Tarlov, A. (1999). Public policy frameworks for improving population Health. *Ann NY Acad SCI* , 896 , 281-93. USA.
60. Terris, M. (1980). *La Revolución Epidemiologica y la medicina social*. México, D. F.: SIGLO XXI.
61. Winslow. (1920). The untilled fields of public health. *The American Association for the advancement of Science* , 23-33.
62. Winslow. (1920). *The Untilled fields of public health*. The American Association for the advancement of Science .
63. Wrong, D. (1961). *Población Buenos Aires*. . Buenos Aires.: Paidos.

Anexo

Gasto en Salud por Fuente de Financiamiento, 1993-2015

Año	Producto Interno Bruto (Miles de pesos)	Gasto Total en Salud ¹ (I.1 + I.2)	I.1 Gasto Público Total en Salud ² (Miles de pesos) (1 + 2)	GASTO PÚBLICO EN SALUD (Miles de pesos constantes, 2015=100)												I.2 Gasto Privado Total en Salud ⁵ (Miles de pesos)		
				Total en población sin seguridad social ³							Total de población con seguridad social ⁴							
				1. Gasto Total	G. Secretaria de Salud (Ramo 12)	G. FASSA (Ramo 33)	G. IMSS Prospera	G. SEDENA (Ramo 7)	G. SEMAR (Ramo 13)	Gasto Estatal	2. Gasto Total	Gasto IMSS	Gasto ISSSTE	G. PEMEX	G. ISSFAM		G. ISSSES	
1993	8,077,340,094	449,634,617	202,098,554	39,143,391	39,143,391	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	162,955,162	142,182,726	15,911,344	4,861,093	n.d.	n.d.	247,536,064
1994	8,535,158,331	480,808,611	222,761,736	43,504,251	43,504,251	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	179,257,485	149,524,563	23,985,124	5,747,798	n.d.	n.d.	258,046,875
1995	7,256,225,315	405,785,623	172,602,504	35,737,779	35,737,779	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	136,864,725	119,040,305	12,511,386	5,313,034	n.d.	n.d.	233,183,119
1996	7,829,282,590	408,595,707	166,264,429	39,128,888	39,128,888	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	127,135,541	107,422,161	13,853,265	5,860,115	n.d.	n.d.	242,331,278
1997	8,507,057,582	458,076,794	200,307,440	54,368,001	54,368,001	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	145,939,439	122,391,700	16,804,893	6,742,845	n.d.	n.d.	257,769,355
1998	8,692,750,733	492,034,290	214,500,271	59,253,490	27,960,626	31,292,864	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	155,246,781	130,553,294	17,827,193	6,866,294	n.d.	n.d.	277,534,019
1999	9,235,395,712	545,592,232	246,965,424	76,266,691	28,556,477	36,562,069	n.d.	n.d.	n.d.	11,148,145	n.d.	170,698,734	143,156,081	20,326,996	7,215,657	n.d.	n.d.	298,626,808
2000	10,104,743,458	598,292,892	261,565,867.85	84,839,752	29,920,885	42,011,616	n.d.	n.d.	n.d.	12,907,251	n.d.	176,726,116	145,536,890	23,097,435	8,091,790	n.d.	n.d.	336,727,025
2001	10,283,148,100	652,144,138	274,694,095.98	90,962,195	32,060,926	45,613,770	n.d.	n.d.	n.d.	13,287,499	n.d.	183,731,901	149,179,488	25,405,904	9,146,510	n.d.	n.d.	377,450,042
2002	10,459,438,194	681,395,923	282,479,279.68	95,784,454	33,612,669	45,716,497	n.d.	n.d.	n.d.	16,455,288	n.d.	186,694,825	152,003,551	25,219,499	9,471,776	n.d.	n.d.	398,916,643
2003	12,390,616,192	746,144,477	315,258,759.61	106,058,273	35,313,096	50,940,968	n.d.	3,326,120	n.d.	16,478,089	n.d.	209,200,487	168,338,434	28,759,650	10,837,245	1,265,157	n.d.	430,885,718
2004	13,296,089,116	812,449,523	357,728,607.35	118,531,504	36,251,863	52,801,663	7,536,782	3,056,426	n.d.	18,884,771	n.d.	239,197,104	198,354,768	28,977,944	10,695,962	1,168,430	n.d.	454,720,916
2005	13,948,410,885	843,085,295	365,976,530.55	140,763,420	49,884,124	57,219,533	7,530,292	3,052,156	776,616	22,300,701	n.d.	225,213,110	181,051,109	31,421,537	11,417,187	1,323,277	n.d.	477,108,765
2006	14,939,525,721	871,299,766	383,206,900.53	154,537,571	58,997,751	59,287,040	8,117,059	3,302,999	869,768	23,962,954	n.d.	228,669,329	182,777,042	32,586,119	11,816,917	1,489,251	n.d.	488,092,865
2007	15,617,276,918	923,861,804	413,268,467.23	172,787,990	72,807,324	59,595,650	7,932,456	4,125,492	1,838,551	26,488,518	n.d.	240,480,477	185,428,993	40,980,541	12,513,370	1,557,573	n.d.	510,593,337
2008	15,688,785,466	921,370,027	433,965,998.18	196,737,739	89,271,642	62,054,939	8,154,525	4,262,443	1,358,893	31,635,296	n.d.	237,228,259	181,517,819	40,966,820	13,173,138	1,570,483	n.d.	487,404,029
2009	14,969,951,624	957,835,300	464,794,175.10	213,681,107	100,389,477	62,516,617	9,454,353	4,954,345	1,660,207	34,706,108	n.d.	251,113,068	192,423,976	43,620,322	13,083,010	1,985,760	n.d.	493,041,125
2010	15,787,560,874	979,144,169	491,084,345.28	222,433,932	103,251,033	61,749,180	9,486,306	6,068,712	1,762,299	40,116,402	n.d.	268,650,413	206,975,027	47,018,232	12,644,977	2,012,176	n.d.	488,059,824
2011	16,561,164,098	972,670,148	508,732,987.88	229,097,445	113,779,366	66,662,304	9,922,630	6,375,847	1,919,829	30,437,469	n.d.	279,635,543	209,272,064	54,821,535	13,224,137	2,317,807	n.d.	463,937,160
2012	17,315,190,478	1,044,666,396	548,112,541.58	245,989,925	125,138,439	71,920,378	10,783,423	7,900,441	1,917,215	28,330,029	n.d.	302,122,617	221,505,832	51,232,648	13,798,574	2,528,053	13,057,509	496,553,854
2013	17,043,697,335	1,040,017,906	555,834,968.71	246,271,212	126,027,545	71,739,837	10,474,673	6,222,352	1,896,226	29,910,578	n.d.	309,563,756	221,101,564	52,822,230	13,638,285	2,584,591	19,417,087	484,182,937
2014	17,561,356,099	1,016,128,756	534,330,099.1	248,855,262	123,244,353	74,555,894	10,695,803	5,838,297	1,918,975	32,601,939	n.d.	285,474,837	203,584,956	48,254,349	13,161,713	2,680,951	17,792,868	481,798,657
2015	18,194,758,006	1,081,262,036	570,887,624	262,498,583	121,772,354	80,072,478	11,268,854	5,884,601	2,104,648	41,395,647	n.d.	308,389,041	220,226,198	52,511,355	13,583,598	2,822,388	19,245,502	510,374,412
2016	18,470,875,000	1,102,959,753	589,637,786	271,678,139	125,755,056	83,444,536	11,603,466	6,055,809	2,189,521	42,629,752	n.d.	317,959,647	225,235,728	54,160,245	13,668,873	2,992,713	21,902,089	513,321,968
2017	17,990,439,000	1,122,580,561	609,258,593	281,185,091	129,868,016	86,958,599	11,948,014	6,231,997	2,277,815	43,900,648	n.d.	328,073,502	230,359,209	55,860,910	13,754,682	3,173,316	24,925,383	516,286,546

Notas: 1. El Gasto Total en Salud = Gasto Público Total en Salud + Gasto Privado Total en Salud. 2. El Gasto Público Total en Salud = Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social + Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social. 3. El Gasto Público en Salud para la Población sin Seguridad Social = Gasto Estatal en Salud + Gasto del Ramo 12 + Gasto del FASSA + IMSS-Oportunidades + SEDENA (A partir de 2012) + SEMAR (A partir de 2012). 4. El Gasto Público en Salud para la Población con Seguridad Social = Gasto del IMSS + Gasto del ISSSTE + ISSFAM (A partir de 2012) + Gasto en Salud de PEMEX + Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas (ISSSES: A partir de 2012). 5. Gasto Privado en Salud = Gasto de los Hogares e ISFL + Cuotas de Recuperación + Pago de Primas.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2015.

Población usuaria de las instituciones del sistema nacional de salud (2000-2017)
(Miles de personas atendidas)

Año	Total General A+B	1) P. Usuaria IMSS	2) P. Usuaria ISSSTE	3) P. Usuaria PEMEX	SEDENA	SEMAR	4) P. Usuaria ISSFAM	5) P. Estatales	6) P. Univ	A) Total Seguridad Social 1+2+3+4+5+6	7) P. Usuaria Secretaría de Salud	8) P. Usuaria Seguro Popular	9) P. Usuaria IMSS Op	B) Total Asistencia Pública 7+8+9
2000	77,065.6	29,979.4	7,202.7	647.0	489.5	155.4	644.9	1,188.8		39,662.9	26,478.2	-	10,924.5	37,402.7
2001	78,248.4	30,964.6	6,956.7	664.9	510.8	184.3	695.1	1,247.2		40,528.6	27,015.9	-	10,703.8	37,719.8
2002	81,923.5	31,531.1	7,156.7	668.3	583.4	167.1	750.5	1,329.0	-	41,435.6	28,832.0	1,094.2	10,561.7	40,487.9
2003	84,935.5	32,307.0	7,133.6	678.9	630.3	172.9	803.2	1,399.1	-	42,321.9	30,008.8	2,224.4	10,380.3	42,613.6
2004	89,911.3	33,082.9	7,110.6	689.6	677.3	178.7	856.0	1,469.2		43,208.3	31,185.7	5,318.3	10,199.0	46,703.0
2005	100,198.6	35,020.7	7,209.4	707.6	700.9	171.6	872.5	1,274.7	336.9	45,421.9	33,322.5	11,404.9	10,049.4	54,776.7
2006	107,360.9	36,139.8	7,338.9	712.5	724.5	169.5	894.0	3,217.2	69.3	48,371.7	32,633.6	15,672.4	10,683.2	58,989.2
2007	108,043.1	35,330.7	7,462.5	712.5	771.8	201.9	973.7	461.6	207.1	45,148.1	30,489.8	21,834.6	10,570.6	62,895.0
2008	113,078.3	35,332.7	7,736.3	727.7	819.0	217.7	1,036.7	516.0	n.d.	45,349.5	30,267.9	27,176.9	10,284.0	67,728.8
2009	122,750.1	38,005.5	8,143.5	738.5	866.3	227.5	1,093.8	691.5	141.1	48,813.9	32,492.2	31,132.9	10,311.1	73,936.2
2010	134,696.0	36,131.2	8,210.6	742.6	1,048.1	239.6	1,287.7	1,691.4	394.6	48,458.0	32,220.1	43,518.7	10,499.1	86,237.9
2011	146,839.1	38,684.7	8,356.9	748.0	806.1	264.3	1,070.5	408.9	205.1	49,474.0	33,319.9	51,823.3	12,221.8	97,365.0
2012	151,850.5	40,555.4	8,523.4	755.3	831.6	278.9	1,110.5	515.2	936.9	52,396.7	34,691.0	52,908.0	11,854.7	99,453.8
2013	144,821.9	30,823.0	8,652.0	764.0	857.9	287.0	1,144.9	431.0	242.0	42,056.9	35,236.0	55,638.0	11,891.0	102,765.0
2014	146,580.0	31,275.0	8,728.0	770.0	885.1	291.0	1,176.1	435.0	274.0	42,658.1	36,331.0	55,602.0	11,989.0	103,922.0
2015	148,385.4	31,733.6	8,804.7	776.0	913.1	295.1	1,208.1	439.0	310.2	43,271.7	37,460.0	55,565.9	12,087.8	105,113.8
2016	150,240.0	32,199.0	8,882.0	782.1	941.9	299.2	1,241.1	443.1	351.3	43,898.6	38,624.1	55,529.9	12,187.4	106,341.5
2017	152,145.7	32,671.2	8,960.0	788.3	971.7	303.3	1,275.1	447.2	397.7	44,539.5	39,824.4	55,494.0	12,287.9	107,606.3

Población usuaria: Población que demandó servicios médicos al menos una vez al año
Fuente: Secretaría de Salud

Gasto Público Federal para Salud y Protección Social del Ramo 12: 2013-2017
Miles de Pesos constantes (base 2013=100)

	Ente / ramo/ denominación	Aprobado			Modificado			Ejercicio 2/		
		CORRIENTE	INVERSIÓN	SUMA	CORRIENTE	INVERSIÓN	SUMA	CORRIENTE	INVERSIÓN	SUMA
2017	Total del Gasto Público dispuesto en el PEF (A+B)	2,869,768,274.13	280,206,942.65	3,149,975,216.69	2,973,531,093.81	498,138,889.01	3,471,669,982.82	2,971,129,789.60	495,261,189.59	3,466,390,979.27
	A) Total del Poder Ejecutivo	2,781,529,281.30	272,903,850.12	3,054,433,131.51	2,888,222,292.86	490,863,743.84	3,379,086,036.70	2,888,065,672.33	490,822,120.05	3,378,887,792.38
	C) Total Ramos Administrativos del P.E. (D+E)	715,659,179.57	97,897,801.12	813,556,980.68	786,781,270.05	136,296,989.94	923,078,259.99	786,625,195.22	136,255,516.20	922,880,711.42
	D)Salud (F+G+H)	97,338,084.94	3,921,169.58	101,259,254.52	104,353,693.20	5,524,441.77	109,878,134.97	104,353,612.57	5,524,441.77	109,878,054.34
	F)Gobierno	289,970.67	-	289,970.67	232,030.61	-	232,030.61	232,030.61	-	232,030.61
	G) Desarrollo Económico	1,757,349.64	-	1,757,349.64	1,709,482.77	1,483.51	1,710,966.36	1,709,482.77	1,483.51	1,710,966.36
	H)Desarrollo Social	95,290,764.72	3,921,169.58	99,211,934.29	102,412,179.73	5,522,958.26	107,935,138.00	102,412,099.10	5,522,958.26	107,935,057.37
	E)Otros Ramos Administrativos (Distintos al de Salud)	618,321,094.54	93,976,631.54	712,297,726.08	682,427,576.94	130,772,548.17	813,200,125.02	682,271,582.74	130,731,074.43	813,002,657.08
	B) Otros Poderes y Órganos Autónomos distintos al Poder Ejecutivo	88,238,992.83	7,303,092.53	95,542,085.18	85,308,800.95	7,275,145.17	92,583,946.12	83,064,117.27	4,439,069.54	87,503,186.89
2016	Total del Gasto Público dispuesto en el PEF (A+B)	2,885,717,077.74	354,614,173.11	3,240,331,250.86	2,984,262,782.75	758,306,598.75	3,742,569,381.50	2,979,952,995.58	757,256,706.94	3,737,209,702.52
	A) Total del Poder Ejecutivo	2,794,255,950.87	349,250,990.92	3,143,506,941.88	2,894,441,381.09	750,959,859.00	3,645,401,240.09	2,894,338,564.66	750,886,048.99	3,645,224,613.65
	C) Total Ramos Administrativos del P.E. (D+E)	833,470,035.95	155,071,574.04	988,541,609.99	867,608,669.30	482,773,745.42	1,350,382,414.72	867,507,172.65	482,699,935.41	1,350,207,108.15
	D)Salud (F+G+H)	113,291,161.03	3,742,593.89	117,033,754.92	104,480,888.07	5,581,635.07	110,062,523.14	104,480,630.49	5,581,635.07	110,062,265.56
	F)Gobierno	302,363.95	-	302,363.95	282,076.59	-	282,076.59	282,073.49	-	282,073.49
	G) Desarrollo Económico	1,820,871.40	-	1,820,871.40	1,945,943.09	6,314.68	1,952,257.76	1,945,943.09	6,314.68	1,952,257.76
	H)Desarrollo Social	111,167,925.68	3,742,593.89	114,910,519.57	102,252,868.40	5,575,320.39	107,828,188.79	102,252,613.91	5,575,320.39	107,827,934.30
	E)Otros Ramos Administrativos (Distintos al de Salud)	720,178,874.92	151,328,980.15	871,507,855.07	763,127,781.22	477,192,110.35	1,240,319,891.58	763,026,542.16	477,118,300.34	1,240,144,842.60
	B) Otros Poderes y Órganos Autónomos distintos al Poder Ejecutivo	91,461,126.87	5,363,182.19	96,824,308.98	89,821,401.66	7,346,739.75	97,168,141.41	85,614,430.92	6,370,657.95	91,985,088.87
2015	Total del Gasto Público dispuesto en el PEF (A+B)	2,847,405,028.64	424,707,977.66	3,272,113,006.30	2,946,251,376.16	563,687,385.63	3,509,938,761.79	2,943,710,332.51	563,388,616.76	3,507,098,949.36
	A) Total del Poder Ejecutivo	2,757,149,805.98	421,118,878.27	3,178,268,684.25	2,854,495,506.99	560,697,449.75	3,415,192,956.74	2,854,052,287.51	560,657,674.29	3,414,709,961.70
	C) Total Ramos Administrativos del P.E. (D+E)	904,365,530.73	200,148,793.61	1,104,514,324.34	927,177,563.75	286,865,720.46	1,214,043,284.21	927,016,923.73	286,825,944.91	1,213,842,868.63
	D)Salud (F+G+H)	119,739,095.81	6,024,407.01	125,763,502.82	107,794,329.28	5,774,761.11	113,569,090.39	107,794,325.18	5,774,761.11	113,569,086.29
	F)Gobierno	310,499.45	-	310,499.45	231,946.08	-	231,946.08	231,946.08	-	231,946.08
	G) Desarrollo Económico	2,016,302.31	-	2,016,302.31	1,953,779.16	8,645.15	1,962,424.30	1,953,779.16	8,645.15	1,962,424.30
	H)Desarrollo Social	117,412,294.04	6,024,407.01	123,436,701.05	105,608,604.04	5,766,115.96	111,374,720.01	105,608,599.94	5,766,115.96	111,374,715.90

2014	E)Otros Ramos Administrativos (Distintos al de Salud)	784,626,434.93	194,124,386.60	978,750,821.53	819,383,234.47	281,090,959.35	1,100,474,193.82	819,222,598.55	281,051,183.80	1,100,273,782.35
	B) Otros Poderes y Órganos Autónomos distintos al Poder Ejecutivo	90,255,222.66	3,589,099.39	93,844,322.05	91,755,869.17	2,989,935.88	94,745,805.05	89,658,045.00	2,730,942.47	92,388,987.66
	Total del Gasto Público dispuesto en el PEF (A+B)	2,773,512,853.38	421,213,568.53	3,194,726,421.82	2,801,986,177.50	481,765,369.88	3,283,751,547.29	2,800,395,987.39	481,057,502.87	3,281,453,490.26
	A) Total del Poder Ejecutivo	2,693,523,100.80	416,070,618.50	3,109,593,719.30	2,721,144,145.92	475,987,530.19	3,197,131,676.12	2,721,004,436.55	475,924,914.87	3,196,929,351.32
	C) Total Ramos Administrativos del P.E. (D+E)	893,818,896.36	190,316,604.92	1,084,135,501.37	915,707,422.28	237,160,457.65	1,152,867,879.93	915,614,640.12	237,099,708.04	1,152,714,348.16
	D)Salud (F+G+H)	118,991,920.78	5,821,509.38	124,813,430.16	109,243,400.03	6,528,420.93	115,771,820.95	109,242,962.72	6,528,420.93	115,771,383.65
	F)Gobierno	211,103.29	1,474.50	212,577.88	179,658.85	-	179,658.85	179,658.85	-	179,658.85
	G) Desarrollo Económico	1,905,910.46	48,618.35	1,954,528.81	1,833,955.93	48,079.39	1,882,035.32	1,833,955.93	48,079.39	1,882,035.32
	H)Desarrollo Social	116,874,907.04	5,771,416.53	122,646,323.57	107,229,785.34	6,480,341.53	113,710,126.78	107,229,348.04	6,480,341.53	113,709,689.48
	E)Otros Ramos Administrativos (Distintos al de Salud)	774,826,975.57	184,495,095.54	959,322,071.11	806,464,022.16	230,632,036.73	1,037,096,058.98	806,371,677.30	230,571,287.12	1,036,942,964.51
2013	B) Otros Poderes y Órganos Autónomos distintos al Poder Ejecutivo	79,989,752.58	5,142,950.03	85,132,702.52	80,842,031.58	5,777,839.69	86,619,871.17	79,391,550.84	5,132,588.00	84,524,138.94
	Total del Gasto Público dispuesto en el PEF (A+B)	2,593,665,955.30	349,828,785.50	2,943,494,740.70	2,625,915,843.80	510,348,657.60	3,136,264,501.40	2,624,557,355.00	510,240,086.20	3,134,797,441.10
	A) Total del Poder Ejecutivo	2,519,386,380.20	345,718,514.90	2,865,104,895.10	2,551,878,342.20	506,750,232.00	3,058,628,574.30	2,551,388,132.60	506,737,512.90	3,058,125,645.60
	C) Total Ramos Administrativos del P.E. (D+E)	819,801,596.90	157,031,146.60	976,832,743.50	844,797,263.50	263,459,250.50	1,108,256,513.90	844,508,729.10	263,446,531.40	1,107,955,260.50
	D)Salud (F+G+H)	115,571,795.20	6,262,859.30	121,834,654.50	112,420,102.70	6,478,930.70	118,899,033.40	112,414,979.00	6,478,930.70	118,893,909.70
	F)Gobierno	234,448.40	-	234,448.40	209,028.10	-	209,028.10	209,028.10	-	209,028.10
	G) Desarrollo Económico	1,867,533.60	60,554.40	1,928,088.00	1,814,871.30	87,722.10	1,902,593.50	1,814,851.10	87,722.10	1,902,573.20
	H)Desarrollo Social	113,469,813.20	6,202,304.80	119,672,118.00	110,396,203.30	6,391,208.60	116,787,411.90	110,391,099.70	6,391,208.60	116,782,308.40
	E)Otros Ramos Administrativos (Distintos al de Salud)	704,229,801.70	150,768,287.40	854,998,089.10	732,377,160.80	256,980,319.80	989,357,480.40	732,093,750.20	256,967,600.70	989,061,350.80
	B) Otros Poderes y Órganos Autónomos distintos al Poder Ejecutivo	74,279,575.10	4,110,270.60	78,389,845.60	74,037,501.60	3,598,425.60	77,635,927.10	73,169,222.40	3,502,573.30	76,671,795.50

Fuente: Elaborado con información de la SHCP, Cuenta De La Hacienda Pública Federal De 2013-2014, Tomo II Gobierno Federal- Información Presupuestaria: Estado Analítico Del Ejercicio Del Presupuesto De Egresos En Clasificación Funcional-Programática para los años 2013-2017 y Deflactor del INEGI. Para 2017 corresponde a estimaciones para finanzas públicas de crecimiento real y nominal del PIB de Criterios Generales de Política Económica 2018, SHCP.