

El Sector Salud en México

El modelo de atención a la salud en México está orientado a la reparación de los daños más que a su prevención, haciendo necesario un nuevo modelo institucional de atención integral a la salud, que transforme el enfoque tradicional de la atención médica, predominantemente curativa, hacia una prospectiva de atención integral a la salud, centrándola efectivamente en el usuario, enfatizando las acciones de promoción y educación para la salud, la prevención y detección oportuna de enfermedades, además debe ser reorientado para responder a los problemas derivados de la transición demográfica, epidemiológica y sociopolítica de la población.

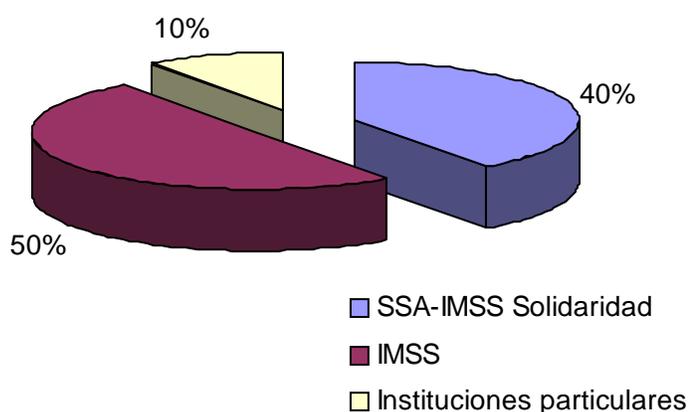
3.1 El Sistema Nacional de Salud

El sistema mexicano de salud tiene tres grupos de prestadores de servicios: el primero incluye a las instituciones que prestan servicios a la población no asegurada –alrededor de 40% del total de la población -, en su mayoría pobres del campo y la ciudad. Las agencias más importantes de este componente son la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) y el programa Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) - Solidaridad.

El segundo componente es la seguridad social, que se encarga de prestar atención a más del 50% de la población: el IMSS tiene a su cargo a los trabajadores del sector formal de la economía; el Instituto del Seguro Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) atiende a los empleados públicos; las fuerzas armadas tienen su propia institución de seguridad social, y esto ocurre con los trabajadores de PEMEX.

El tercer componente es el sector privado, al cual puede acudir cualquier persona con capacidad de pago. Este componente está formado por una gran diversidad de prestadores de servicios que trabajan, en su mayoría, sobre una base lucrativa, en consultorios, clínicas ambulatorias, hospitales y unidades de medicina tradicional. En teoría, este sector debería atender al 10% de la población. Sin embargo, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, 21% de los derechohabientes de la seguridad social y alrededor de 28% de la población no asegurada reportan como su última fuente de atención ambulatoria a un prestador privado.

Composición del sistema Nacional de salud



Si bien es mucho lo que se ha avanzado en materia de salud en nuestro país durante las últimas décadas, persisten tres grandes retos: la calidad, la equidad y la protección financiera.

Para enfrentar cada uno de los retos señalados, se plantearon cinco objetivos, consistentes con los objetivos del área de desarrollo social y humano el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos
2. Abatir las desigualdades en salud
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
5. Fortalecer el sistema de salud, en particular de sus instituciones públicas.

3.2 Aspecto Demográfico

En el terreno demográfico México experimenta dos procesos de enorme transición. El primero es una disminución de la mortalidad general e infantil, que en combinación con un descenso acelerado de la fecundidad –el número promedio de hijos por mujer en edad fértil se redujo de casi seis en 1975 a 2.4 en el año 2000- ha producido el envejecimiento de la población, es decir, el aumento de la proporción de personas de mayor edad en la estructura poblacional. Son justamente estas personas las que, además de demandar pensiones, experimentan procesos de enfermedad que requieren de una atención más compleja.

La acelerada y en ocasiones desordenada urbanización del país durante las últimas tres décadas ha generado nuevos riesgos a la salud, al tiempo que ha acercado a las personas a los núcleos de población en donde se concentran los recursos médicos. No obstante, la dispersión poblacional en las zonas rurales se ha mantenido.

La población mexicana creció más de siete veces en el siglo XX, al pasar de 13.5 millones en 1900 a 97.5 millones en el año 2000. En este mismo período, la tasa de

mortalidad general descendió de 35 a 4.5 muertes anuales por cada 1,000 habitantes y la tasa de mortalidad infantil de más de 200 decesos por 1,000 nacidos vivos registrados a sólo 26.

La esperanza de vida se incrementó considerablemente en el siglo, al pasar de 40 años en los hombres y 42 años en las mujeres en 1940 a 73 y 77 años en 2000, respectivamente. Además, la brecha en este rubro entre estados disminuyó, al pasar de casi 23 años entre los estados extremos en 1950 a poco más de cinco en 2000.

Indicadores de mortalidad para México, 1950-2025

Indicadores de mortalidad	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2025
Esperanza de vida al nacer (años)	49.6	57.9	61.7	67.0	71.4	75.3	78.1	81.2
Mortalidad en la infancia (0-4 años)*	167	109	98	54	36	28	19	12
Hombres adultos (15-59 años)*	380	292	257	246	186	158	122	100
Mujeres adultas (15-59 años)*	319	235	193	145	107	91	66	50
Mortalidad todas las causas *	16.0	11.5	10.0	6.7	5.0	4.5	4.2	5.0
Enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción **	49.8	46.3	57.3	34.4	26.2	14.0	12.5	10.1
Enfermedades no transmisibles**	43.7	47.1	34.7	49.8	59.8	73.3	73.0	77.8
Lesiones accidentales e intencionales**	6.2	6.5	10.6	15.7	13.9	12.7	12.5	12.1
* Por 1 000, calculado con base en tablas de mortalidad								
** Por ciento								
Fuente: Estimaciones basadas en CONAPO y OMS								

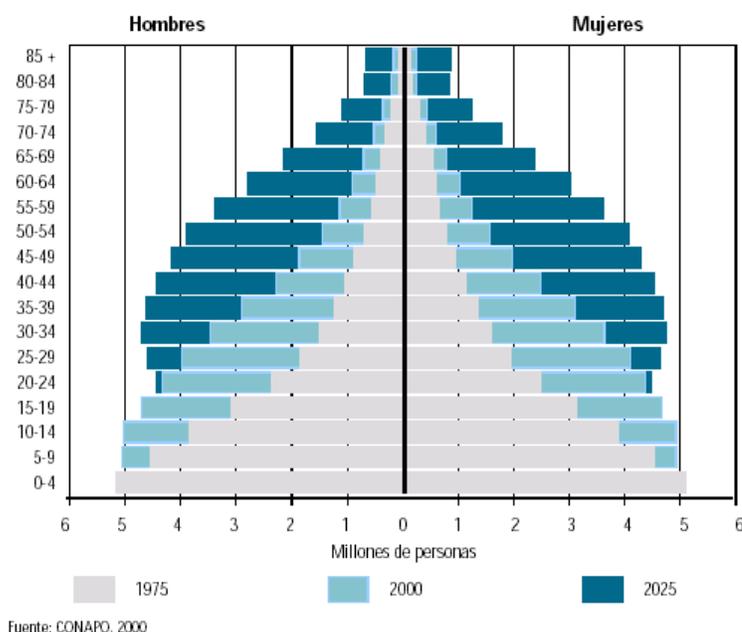
La natalidad empezó a descender a partir de los años setenta. El promedio de hijos por mujer en edad fértil pasó de seis en 1976 a 2.4 en el momento actual, cifras que nos hablan del enorme impacto de los programas de planificación familiar. En el año 2000 la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil ascendió a 70%.

Indicadores demográficos para México, 1950-2000 y proyecciones para 2010 y 2025

Indicadores	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2025
Población*	25.1	34.9	48.2	66.8	81.2	97.5	112.2	126.0
Crecimiento anual %	2.6	3.3	3.1	2.5	2.0	1.4	1.0	0.5
Grupos de edad %								
0-14	42	44	46	43	39	34	27	21
15-65	55	52	50	53	57	61	67	69
65 y +	3	3	4	4	4	5	6	10
Muertes**	418	402	485	434	422	447	472	652
Nacimientos*	1.1	1.6	2.1	2.4	2.3	2.2	1.9	1.6
* Millones								
** Miles								
Fuente: 1930-2000, INEGI; 2010-2025, CONAPO								

Como resultado de la disminución de la mortalidad, la caída de la tasa de fecundidad y el aumento en la esperanza de vida, se han generado dos fenómenos que caracterizan a nuestro crecimiento poblacional reciente: un descenso de la velocidad de reproducción de nuestra población y su envejecimiento. La población mexicana, que se duplicó entre 1958 y 1981, volverá a duplicarse hasta 2030. Por otro lado, el porcentaje de adultos mayores en la estructura poblacional total se irá incrementando. De representar cuatro por ciento en 1970, los mayores de 65 años representarán diez por ciento de la población en 2025 (alrededor de 12.5 millones de adultos mayores).

Distribución de la población por edades



“El Consejo Nacional de Población (CONAPO) ha formulado proyecciones basadas en hipótesis de crecimiento mínimo y máximo para las próximas décadas, tomando en consideración la fecundidad, la mortalidad y la migración internacional. De acuerdo con ellas, para el 2010 la población oscilaría –en millones de habitantes- entre 113 y 116; para el 2020 entre 119.7 y 130.5; para el 2030 entre 124.4 y 142.2 y para el 2050 entre 122 y 152.2¹.”

“La reducción en la tasa de natalidad, una menor tasa de mortalidad y una mayor esperanza de vida al nacer, pueden generar que para el año 2020, aproximadamente, uno de cada cuatro mexicanos tenga entre 35 y 54 años de edad y uno de cada tres años sea mayor de 35 años. Este fenómeno tendrá profundas consecuencias en las esferas social, económica, política y cultural y particularmente en lo que se refiere a los servicios de salud”².

¹ Fuente: Estimaciones y proyecciones del CONAPO bajo la hipótesis de crecimiento programático. Con base en: Consejo Nacional de Población, La situación demográfica de México, CONAPO, México, 1999.

² Ibid.

“Se requerirá de una enorme infraestructura en el país para la comunicación y la movilidad física de una creciente población; aumentará de manera acelerada la demanda de empleos (más de un millón por año) con una incorporación de la mujer al mercado laboral (la población económicamente activa pasará de 36.5 millones en 1995 a 54.6 millones en 2010); la presión sobre los servicios de salud y de seguridad social, que ya se advierte en la actualidad, se incrementará considerablemente, no sólo en el volumen de usuarios sino en el costo de la atención (se estima que una persona de mayor edad cuesta 2.5 o más veces que el costo de atención de un niño o un joven); se requerirán más médicos, enfermeras, hospitales y clínicas”³.

Estos cambios demográficos tendrán una influencia muy importante en las condiciones de salud de los mexicanos y en la demanda de servicios. El incremento absoluto de la población constituye en sí mismo un reto para el sistema de salud, pero en cambio en la estructura por edades podría llegar a ser todavía más trascendente, ya que los problemas de salud de la población adulta madura (45 a 64 años), y sobre todo de la población adulta mayor (65 años y más), son más costosos y difíciles de atender.

El panorama de México a finales del siglo XX se caracterizó por un crecimiento poco planificado de las ciudades; desequilibrios regionales muy fuertes; hacinamiento de la población en las grandes ciudades, principalmente en la Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey; continuación de la migración del campo a la ciudad; afectación del medio ambiente por las emisiones de gases industriales y de automotores; insuficiencia en la dotación de los servicios básicos urbanos como la atención a la salud.

Basta mencionar que en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México se estima que la población será de cerca de 20 y 23 millones de habitantes en los horizontes de 2006 y 2020, respectivamente⁴.

Por otra parte, hay que reconocer la brecha existente entre los estados del norte y del sur de la República se ha venido ampliando de manera alarmante. Esta brecha se

³ Ibid.

manifiesta en el coeficiente del número de habitantes por cada empleo manufacturero per cápita. Uno de los principales retos es disminuir las distancias que separan a las regiones del país y el aspecto sanitario es uno de los primeros que deben ser atendidos.

3.3 Aspecto Sanitario

En las últimas décadas del siglo XX se produjo en el país un aumento de las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, padecimientos mentales, adicciones) y las lesiones, lo que refleja un incremento en los riesgos asociados a la industrialización y la urbanización. A esto hay que agregar el surgimiento de nuevas infecciones –de manera muy notable el SIDA-, el resurgimiento de infecciones que parecían controladas –como la tuberculosis- el paludismo, el cólera y el dengue- y la aparición de padecimientos relacionados con la contaminación ambiental.

Al mismo tiempo, las infecciones comunes y las enfermedades de la nutrición y de la reproducción siguen representando una carga inaceptable para un país de ingresos medios como México. Este rezago en salud se concentra en las poblaciones más pobres y es el principal responsable de uno de los rasgos distintivos de nuestra transición epidemiológica: la desigualdad. Los daños a la salud en México siguen siendo mayores en el medio rural que en las zonas urbanas, en las entidades del sur del país que en los estados del norte, y en las familias de menores ingresos, sobre todo las familias indígenas, que en los hogares con mayores recursos.

Las enfermedades que son evitables con intervenciones de bajo costo son las que sobre todo dan origen al llamado rezago epidemiológico. Entre ellas destacan, como ya se señaló, los padecimientos relacionados con la desnutrición, las infecciones comunes y algunos padecimientos asociados con la actividad reproductiva.

⁴ Plan regional metropolitano del Valle de México. UAM. Gobierno del Estado de México, 1993.

La desnutrición proteico-calórica constituye una huella distintiva e irreversible de la pobreza. La más reciente Encuesta Nacional de Nutrición, realizada en 1999, mostró que 18 por ciento de los niños mexicanos menores de cinco años presentan una talla para la edad menor a la ideal.

La mortalidad materna representa un problema de salud pública relacionado con la cobertura y calidad de los servicios de salud. La tasa de mortalidad materna en los municipios indígenas (municipios con 40% o más de población indígena) de Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca es de 11, 28.3, 9.1 y 12 por 10,000 nacidos vivos, Las cifras estatales para estas mismas entidades, en contraste, son de 7, 7, 5.4 y 5.8, respectivamente.

Los problemas de salud derivados de las emergencias y los desastres también constituyen un problema relacionado con el rezago en salud. En los últimos cinco años, los desastres naturales ocurridos en México –huracanes, temblores, inundaciones, sequías, erupciones volcánicas- generaron más de cinco millones de damnificados, alrededor de 2 mil muertes directas, y un número indeterminado de muertes indirectas, debidas en su mayoría a infecciones, insuficiencia de alimentos y falta de servicios básicos.

En el año 2005 cinco tipos de enfermedades –diabetes mellitus, enfermedades del corazón, cirrosis, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades pulmonares- concentraron el 40% de las muertes ocurridas en el país.

En el año 2005 la diabetes fue la primera causa de mortalidad general, al concentrar casi el 14 por ciento del total de muertes. Un incremento de un poco más del 3 por ciento respecto a 1999.

La mortalidad por tumores malignos también va en ascenso. Las tasas aumentaron de manera muy importante entre 1980 y 2000, lo mismo que el peso relativo. Destaca en particular el incremento de ciertos tumores malignos de la mujer, como los tumores cérvico-uterino y de mama.

El cáncer de tráquea, bronquios y pulmón es la primera causa individual de muerte por tumores malignos en la población posproductiva. La tendencia de esta neoplasia asociada al tabaquismo es hacia el aumento, por lo que si no se establecen firmes políticas de control seguramente seguirá siendo un problema de salud pública por muchos años.

Principales causas de mortalidad general en México, 2005

Orden	Causas	Defunciones	%
	Total	443,950	100
1	Diabetes mellitus	67,090	13.6
2	Enfermedades isquémicas del corazón	53,188	10.8
3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	27,566	5.6
4	Enfermedad cerebrovascular	27,370	5.5
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	20,253	4.1
6	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	16,448	3.3
7	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	15,742	3.2
8	Infecciones respiratorias agudas bajas	14,979	3.0
9	Enfermedades hipertensivas	12,876	2.6
10	Nefritis y nefrosis	11,397	2.3
11	Homicidios	9,852	2.0
12	Desnutrición calórico protéica	8,440	1.7
13	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	7,018	1.4
14	Tumor maligno del estómago	5,328	1.1
15	Tumor maligno del hígado	4,839	1.0

16	Tumor maligno de la próstata	4,788	1.0
17	VIH/SIDA	4,650	0.9
18	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	4,306	0.9
19	Tumor maligno del cuello del útero	4,270	0.9
20	Enfermedades infecciosas intestinales	4,263	0.9
	Causas mal definidas	9,484	1.9

En México la población de personas diabéticas fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones, y nuestro país ocupa el noveno lugar de diabetes tipo II en el mundo⁵.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, casi 25% de la población mexicana de 20 a 69 años de edad presenta hipertensión.

Los trastornos depresivos siguen siendo un problema poco esperado, pero se sabe que en las próximas décadas serán la principal causa de pérdida de años de vida saludable en el planeta. Actualmente en México, al menos 40 por ciento de la población económicamente activa está deprimida, asegura Irma Corlay, médico siquiátrata del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Sin embargo, las estadísticas oficiales de la Secretaría de Salud refieren que de 12 a 20 por ciento de la población de 18 a 65 años de edad -más de 10 millones de individuos- están deprimidos o sufrirán algún episodio de este tipo en algún momento de su vida. La misma dependencia reconoce que, por lo general, la depresión no es diagnosticada y mucho menos atendida con oportunidad.

⁵ Periódico El Universal, Paul Frenk, México, D.F., a 12 de noviembre de 2007.

Principales causas de pérdida de años de vida saludable en México por sexo, 2005

Mujeres			Hombres		
No.	Causa	%	No.	Causa	%
1	Depresión unipolar mayor	6.5	1	Afecciones originadas en el periodo perinatal	5.9
2	Diabetes mellitus	6.3	2	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	5.1
3	Afecciones originadas en el periodo perinatal	5.3	3	Consumo de alcohol	4.8
4	Anomalías congénitas	4.3	4	Agresiones y homicidios	4.6
5	Enfermedades isquémicas del corazón	2.8	5	Accidentes de tránsito	4.6
6	Osteo-artritis	2.3	6	Diabetes mellitus	4.5
7	Cataratas	2.2	7	Anomalías congénitas	4.0
8	Enfermedades cerebro-vasculares	2.2	8	Enfermedades isquémicas del corazón	3.5
9	Demencia y enfermedad de Alzheimer	2.1	9	Depresión unipolar mayor	2.6
10	Asma	2.0	10	Peatón lesionado	2.2
Total (millones de AVISA)		6.9	Total (millones de AVISA)		8.4

En lo que respecta a VIH/SIDA, en México su incidencia tuvo un crecimiento inicial relativamente lento, pero después presentó una fase de crecimiento acelerado que alcanzó su pico en 1999. Entre 2000 y 2003 se mantuvo estable y empezó a descender en 2004. Los casos acumulados registrados hasta el final de 2006 sumaban poco más de 110,300 y se estima que más de 182,000 adultos son portadores del VIH. México ocupa el tercer lugar de América y el Caribe en el número de casos de SIDA, después de Estados Unidos y Brasil.

3.4 Aspecto financiero

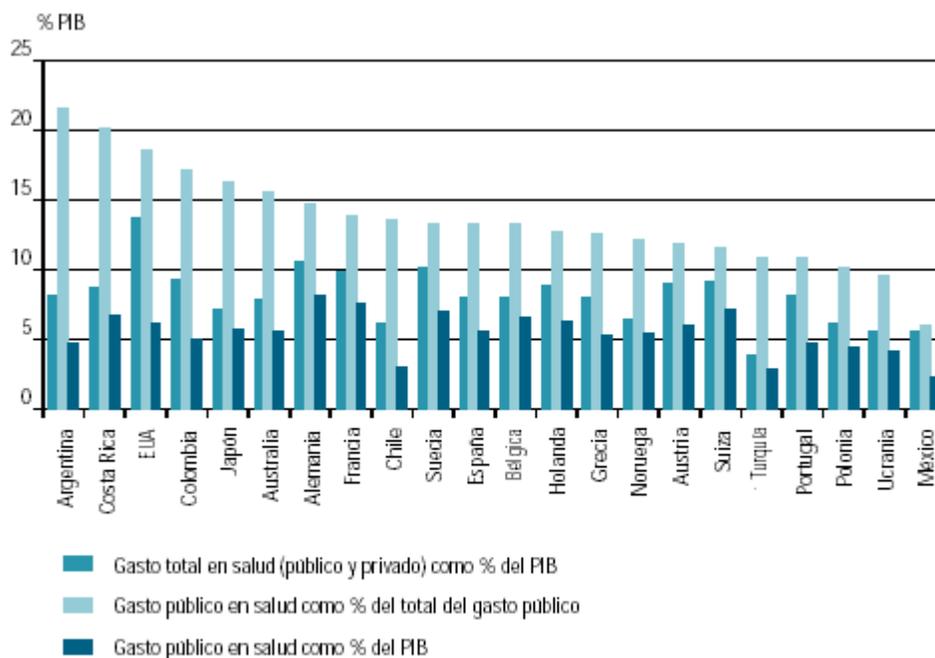
El Gasto en El gasto en salud en México se ha incrementado de manera importante en los últimos años. De 5.6% del PIB en 2000 aumentó a 6.5% en 2005. Lo mismo sucedió con el gasto per cápita en salud, que se incrementó de 3,664 a 4,981 pesos en el mismo periodo.

A pesar de estos incrementos, el porcentaje de su riqueza que México invierte en salud está por debajo del promedio latinoamericano (6.9%) y muy por debajo del porcentaje del PIB que le dedican a la salud otros países de ingresos medios de América Latina, como Argentina (8.9%), Brasil (7.6%), Colombia (7.6%) y Uruguay (9.8%).

De concretarse la movilización de recursos públicos que está planeada para extender la cobertura del Seguro Popular de Salud (SPS) a toda la población que no cuenta con seguridad social, y de mantenerse el ritmo de crecimiento observado en los últimos años en el gasto en seguridad social y el gasto privado en salud, el gasto en salud como porcentaje del PIB en nuestro país posiblemente se incrementará a 7.0% en 2010.

De acuerdo con un informe de la Organización Mundial de la Salud, México ocupa la posición 62 en cuanto a la aplicación de recursos para el cuidado médico de su población.

Porcentaje del PIB destinado a salud



Fuente: OMS, 2000

Del gasto total en salud, 46% corresponde a gasto público y 54% a gasto privado. Con los recursos públicos se financia la operación de los dos tipos básicos de instituciones públicas de salud, las instituciones de seguridad social [Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR)] y las instituciones dedicadas a atender a la población sin seguridad social [Secretaría de Salud e IMSS-Oportunidades (IMSS-O)]. Con los recursos privados se financian las actividades de trabajo en consultorios, clínicas y hospitales.

Gasto público en salud

El gasto público en salud, como ya se mencionó, representa 46% del gasto total en salud, porcentaje mucho menor que el promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que es de 72%.

En 2004 entraron en vigor diversas reformas a la Ley General de Salud que dieron origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y a un nuevo componente del sector público de la salud, el SPS. Este seguro, que cubrirá a toda la población sin seguridad social (alrededor de 50 millones de mexicanos) en 2010, se financia con recursos federales que se le asignan a la Secretaría de Salud, recursos estatales y contribuciones familiares.

En 2005 el gasto público en salud total ascendió a 243,812 millones de pesos. De este total 122,331 millones (50%) le correspondieron al IMSS, 92,535 millones (35%) a la Secretaría de Salud, 21,233 millones (8.7%) al ISSSTE y 7,714 millones (3.1%) a los servicios de salud de PEMEX.

El gasto de las entidades federativas en salud es, además de reducido –sólo da cuenta de tres por ciento del gasto total-, muy heterogéneo: 27 estados aportan menos del 20% de su presupuesto, siendo los casos más extremos Chiapas, Durango, Oaxaca, San Luis Potosí y Zacatecas, que no llegan al 5%. Las cinco entidades que aportan más del 20% son Aguascalientes, el Distrito Federal, Morelos, Sonora y Tabasco.

Un problema del gasto en salud es su inequitativa distribución entre instituciones, entidades federativas y grupos de ingreso. El gasto por persona en servicios médicos de PEMEX, por ejemplo, es dos a seis veces mayor que el gasto de otras instituciones.

El gasto público por persona de los estados también varía considerablemente: en 19 se sitúa por encima del promedio y en 13 está por debajo, siendo los casos más extremos Guanajuato, México, Michoacán, Puebla y Veracruz.

3.5 Aspecto infraestructura

Para otorgar las prestaciones médicas se dispone de un sistema de unidades médicas organizadas en tres niveles de atención, que comprenden las unidades de medicina familiar, los hospitales generales de subzona, zona o región, y los hospitales de alta tecnología y máxima resolución diagnóstica-terapéutica. Esta red de servicios, sustentada en un sistema de referencia y contrarreferencia, asegura la utilización adecuada de los recursos instalados, permitiendo otorgar los servicios en áreas geográficas relativamente circunscritas, evitando grandes desplazamientos a la población, equilibrar las demandas de atención con los recursos instalados, mejorar la oportunidad y la calidad de la atención.

El primer nivel de atención lo constituyen las unidades de medicina familiar en donde se otorgan servicios de salud integrales y continuos al individuo y su familia; es el sitio de entrada al sistema de salud institucional.

El segundo nivel de atención lo forman los hospitales generales de subzona, zona o región en donde se atiende a los pacientes, remitidos por los servicios de los distintos niveles de atención, de acuerdo a la regionalización de los mismos, para percibir atención diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación de conformidad a la complejidad de su padecimiento.

El tercer nivel de atención es la red de hospitales de alta tecnología y máxima resolución diagnóstica-terapéutica; en ellos se atiende a los pacientes que los hospitales del segundo nivel de atención refieren, o por excepción los que el primer nivel envíen de conformidad a la complejidad del padecimiento.

Unidades de Salud

México cuenta con 23,269 unidades de salud, sin contar a los consultorios del sector privado. De este total, 86.8% pertenecen al sector público y 17.2% al sector privado.

De ese gran total, 4,103 son hospitales y el resto, unidades de atención ambulatoria. Del total de hospitales, 1,121 son hospitales públicos y 3,082 son unidades privadas con servicios de hospitalización.

Hospitales

México cuenta con 1,121 hospitales públicos. De este total, 628 pertenecen a las instituciones que atienden a la población no asegurada y el resto a la seguridad social. El mayor volumen de hospitales se ubica en la categoría de hospitales generales.

La cifra de hospitales por 100,000 habitantes es de 1.1 tanto en la seguridad social como en las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. Sin embargo, existen diferencias importantes entre entidades federativas. La disponibilidad de hospitales en Baja California Sur y Campeche, por ejemplo, es seis y cinco veces más alta, respectivamente, que la del Estado de México.

Los registros regulares sólo permiten agrupar a los hospitales públicos en dos grandes categorías: menos de 30 camas y 30 camas y más. En la seguridad social, la mayoría de los hospitales (64%) se ubica en la categoría de 30 camas y más.

En las instituciones que atienden a la población sin seguridad social, los hospitales de 30 camas y más representan 54% del total.

Por lo que se refiere a los hospitales privados, su número asciende a 3,082, con diferencias importantes en el número de camas. La mayoría de estas unidades (69%) tienen menos de 10 camas y sólo 6.2% cuentan con más de 25 camas.

Unidades de atención ambulatoria

El sector público cuenta con 19,156 unidades de consulta externa, incluyendo unidades y brigadas móviles. La mayoría (12,030) pertenecen a los Servicios Estatales de Salud (SESA). Le siguen en orden de importancia IMSS-Oportunidades, con 3,540 unidades, y el IMSS, con 1,507. Estos números absolutos arrojan una tasa de unidades de consulta

externa por 100,000 habitantes de 20.7 para los SESA, 33.3 para IMSS-Oportunidades y 3.4 para el IMSS.

Camas

La capacidad de producción de servicios de los hospitales también puede medirse a través del número de camas disponibles, que son de dos tipos: las llamadas camas censables, que son la fuente de los registros de egresos hospitalarios, y las camas de las áreas de urgencias y otros servicios, que no generan formalmente egresos hospitalarios por ser de observación o de corta estancia.

El sector público de la salud cuenta con 78,643 camas, de las cuales 53.7% corresponden a hospitales de la seguridad social y el resto a hospitales de las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. Por institución, la Secretaría de Salud concentra el mayor volumen de estos recursos, con 42.4%, seguida por el IMSS e ISSSTE, con 37.3 y 8.6% de las camas, respectivamente.

Por lo que se refiere al número de camas por 1,000 habitantes, el sector público mexicano cuenta con una cifra de 0.74 camas, inferior al valor estándar sugerido por la OMS, que es de 1 cama por 1,000 habitantes. La cifra correspondiente a las instituciones de seguridad social es de 0.87 camas, contra 0.63 de las instituciones que atienden a la población sin seguridad social.

Hay importantes diferencias en los valores de este último indicador entre entidades federativas.

En los hospitales de los SESA de Colima, la disponibilidad de camas por 1,000 habitantes es 8.5 que significa que es 4.5 veces más alta que la de Puebla y Chiapas, respectivamente. En el IMSS también se observan diferencias de esta naturaleza. El IMSS en Morelos dispone de tres veces más camas (0.9 por 1,000 derechohabientes) que el IMSS en Guanajuato (0.3 camas por 1,000 derechohabientes).

Quirófanos

El sector público cuenta con 2,893 quirófanos en todo el país; 1,526 pertenecen a las instituciones de seguridad social y el resto a las instituciones que atienden a la población sin seguridad social.

El número de quirófanos por 1,000 habitantes para el país en su conjunto es de 2.7, de 2.3 para la población sin seguridad social y de 3.2 para la población con seguridad social.

En estos quirófanos en 2005 se generaron 3.1 millones de cirugías; 58.2% se efectuaron en los hospitales de la seguridad social y el resto en los hospitales de las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. El promedio diario de cirugías por quirófano es de 2.9, con importantes diferencias entre instituciones y estados. En los hospitales de la seguridad social este promedio es de 3.3, destacando el IMSS, donde se realizan casi cuatro cirugías diarias por quirófano. En cambio, el valor de este indicador en las unidades hospitalarias que atienden a la población sin seguridad social es de 2.5.

A continuación se muestra una tabla que indica el número de unidades de atención, camas y quirófanos en instituciones públicas en México en el 2005.

	Nacional	Población Sin Seguridad Social			Población con seguridad		
		Secretaría de Salud	IMSS Oportunidades	Otros	IMSS	ISSSTE	Otros
Camas	78,643	33,388	2,181	782	29,351	6,825	6,116
Quirófanos	2,893	1,259	69	39	992	284	250
Hospitales	1,121	533	69	26	264	106	123
Unidades de consulta externa	19,156	12,030	3,540	53	1,507	1,127	899

Equipo de alta especialidad

La tecnología de alta especialidad es un recurso valioso para el diagnóstico y tratamiento de todo tipo de enfermedades. Estos equipos son de alto costo y requieren de personal especializado para su operación y mantenimiento.

Los tomógrafos son equipos de diagnóstico médico que permiten observar el interior del cuerpo humano a través de cortes transversales usando rayos X. En México, en el sector público, se cuenta con 175 unidades de este tipo: 69 en las instituciones que atienden a la población sin seguridad social, 46 en el IMSS, 25 en el ISSSTE y 22 en PEMEX, SEDENA y SEMAR. Los 13 restantes pertenecen a otras instituciones públicas.

Las unidades privadas con servicio de hospitalización cuentan con 185 unidades. Estas cifras arrojan una tasa por millón de habitantes de 1.2 para la Secretaría de Salud y

otras instituciones que atienden a la población sin seguridad social y de 2.2 para las instituciones de seguridad social.

Los aceleradores lineales se utilizan para el tratamiento de diversos tipos de cáncer, como el de cabeza y cuello, testículos, próstata, mama y pulmón en estadios iniciales, entre otros. Los SESA y la Secretaría de Salud federal contaban en 2005 con 17 aceleradores lineales distribuidos en siete entidades federativas (10 en el Distrito Federal, dos en Jalisco, y uno en los estados de Nayarit, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco y Veracruz, respectivamente). Esta cifra arroja una tasa de 0.12 aceleradores por millón de habitantes sin seguridad social. El IMSS contaba ese mismo año con 13 aceleradores (cuatro en el Distrito Federal, cuatro en Nuevo León, dos en Jalisco, y uno en Durango, Guanajuato y Puebla, respectivamente), para una tasa por millón de habitantes de 0.3.

El sector público de México cuenta con 346 mastógrafos, de los cuales 63% pertenecen a las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR) y el resto a las instituciones que atienden a la población sin seguridad social. Las unidades privadas con servicio de hospitalización cuentan con 273 unidades. Estos números absolutos arrojan una tasa de mastógrafos en el sector público de 12.6 por millón de mujeres de 25 años y más, con diferencias importantes entre instituciones. La disponibilidad de mastógrafos por millón de mujeres de 25 años y más en el IMSS es de 18.7, contra 6 en las instituciones que atienden a la población sin seguridad social.

Finalmente tenemos a los litotriptores, que se utilizan para el tratamiento de los cálculos renales y vesiculares. Las instituciones que atienden a la población sin seguridad social cuentan con sólo 17 equipos de este tipo, lo que equivale a 0.3 litotriptores por millón de habitantes. Estos equipos están distribuidos de la siguiente manera: siete en el Distrito Federal, tres en Jalisco, dos en Sinaloa, y uno en Aguascalientes, Chihuahua, Estado de México, Sonora y Tabasco, respectivamente. El IMSS, por su parte, cuenta con 76 litotriptores, lo que equivale a 1.69 equipos por millón de asegurados. Los

litotriptores del IMSS están mejor distribuidos, ya que están disponibles en 20 estados de la república.

Medicamentos

Uno de los insumos fundamentales del proceso de atención a la salud son los medicamentos. En años recientes, la disponibilidad de estos productos en las unidades públicas de atención a la salud ha sido motivo de una enorme preocupación por parte tanto de los usuarios como de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Las mediciones externas de la disponibilidad de estos insumos indican que ésta ha mejorado en el ámbito ambulatorio, pero no así en los hospitales.

Como en el caso del resto de los recursos, existen importantes diferencias en este rubro entre instituciones y entidades federativas.

En 2005 los porcentajes de recetas surtidas completamente en unidades ambulatorias variaron entre instituciones. El IMSS-Oportunidades presentó porcentajes de 94.3% contra sólo 61.2% en las unidades de los SESA que no atienden a la población afiliada al SPS (figura 22). Los datos iniciales de 2006 nos hablan de una importante mejoría en los SESA, que alcanzaron porcentajes de recetas completamente surtidas en unidades ambulatorias de 89% en las unidades que ofrecen servicios a los afiliados al SPS y de 79% en las unidades que no ofrecen servicios a estos afiliados.

Hay también diferencias entre estados. El porcentaje de recetas completamente surtidas a los afiliados al SPS en las unidades de atención ambulatoria fue superior al 90% en nueve estados e inferior a 69% en cinco entidades federativas.

Llaman la atención Baja California, Campeche, Chihuahua, Tabasco, Tamaulipas y Tlaxcala, que en las mediciones de 2005 y 2006 mostraron porcentajes de recetas completamente surtidas superiores al 90% en todas sus unidades.

En la Encuesta Nacional de Satisfacción y Trato Adecuado que se llevó a cabo en 2005 se verificó la existencia de 30 medicamentos que siempre deberían estar disponibles en hospitales. En 70.4% de los hospitales de los SESA se contaba con la totalidad de estos medicamentos. Por lo que se refiere al surtimiento completo de recetas, sólo 44.4% de los afiliados al SPS egresaron con sus recetas totalmente surtidas.

La industria farmacéutica mexicana ocupa el sitio número 15 en el volumen de producción mundial. En 1998 tuvo ventas por cinco mil millones de dólares. Cerca del 80% de estas ventas se hicieron en el mercado privado y 20% fueron ventas al gobierno. El 72% de los medicamentos fueron productos de empresas extranjeras y 28% de compañías mexicanas. Sólo 15% de estos productos fueron medicamentos genéricos.

El acceso a estos insumos es muy variable. Los derechohabientes de la seguridad social reciben los medicamentos que requieren sin pago de bolsillo. En las unidades de las instituciones para la población no asegurada hay un problema crónico y serio de abasto de medicamentos. En la Encuesta Nacional de Salud de 1994 se menciona que la principal causa de no utilización de los servicios de Salud fue la no disponibilidad de medicamentos. A esto debe agregarse la barrera económica: una investigación reciente indica que el costo promedio de las recetas surtidas en las farmacias privadas y en las farmacias de la SSA es de aproximadamente 100 pesos, equivalentes a 2.5 salarios mínimos. Además, 55 por ciento de las familias entrevistadas habían consumido algún tipo de fármaco en las dos semanas previas. Este problema espera mitigarse con el Programa de Medicamentos Genéricos Intercambiables.

Recursos humanos

México enfrenta un déficit relativo de médicos y enfermeras, y, sobre todo, un grave problema de distribución de estos recursos.

En 2005 México disponía en las instituciones públicas de 648,283 trabajadores de la salud: prestadores de servicios clínicos, empleados administrativos y otro tipo de

personal. De ese total, 22.2% correspondía a médicos en contacto con pacientes, 30.5% a enfermeras y 4.5% a personal involucrado en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Entre 2000 y 2005 el número de médicos se incrementó 19% y el número de enfermeras sólo 3.9%. La información sobre recursos humanos en el sector privado es muy limitada. Se calcula que en él laboran poco más de 55 mil médicos, alrededor de 37 mil enfermeras y cerca de 4 mil trabajadores involucrados en la prestación de servicios auxiliares.

Estas cifras, al distribirse en la población del país, arrojan una tasa de 1.85 médicos por 1,000 habitantes, cifra inferior al promedio de la OCDE, que es de 2.9, y a las de Argentina (3.0) y Uruguay (3.6), pero superior a las de Brasil (1.15) y Colombia (1.35).

Existen importantes diferencias entre estados. El Distrito Federal cuenta con tres médicos por 1,000 habitantes; Oaxaca, Guanajuato y Chihuahua cuentan con uno, y Puebla, Chiapas y el Estado de México con menos de uno. Cabe además destacar que en seis entidades (Distrito Federal, Jalisco, México, Nuevo León, Puebla y Veracruz) se concentran cerca del 50% de los médicos del país.

La tasa de médicos por 1,000 habitantes en los municipios de muy alta marginación es de 0.7, mientras que en los municipios de muy baja marginación es de casi 2.5. El caso más extremo es el de los municipios indígenas de Oaxaca, que cuentan con sólo 0.13 médicos por 1,000 habitantes.

También hay diferencias importantes en la disponibilidad de médicos entre instituciones públicas. PEMEX cuenta con más de tres médicos por 1,000 derechohabientes, contra menos de dos en la Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE, y menos de uno en el IMSS-Oportunidades.

La situación de las enfermeras es similar. A nivel nacional se cuenta con 2.2 enfermeras por 1,000 habitantes, cifra muy inferior al promedio de los países de la OCDE, que es de 8. Hay importantes variaciones entre estados. El Distrito Federal cuenta con casi cinco enfermeras por 1,000 habitantes, contra menos de una en el Estado de México. La

relación de enfermeras por médico es de 1.2. En países como Canadá, Luxemburgo y Japón esta relación es de 4 a 1.

Referente al aspecto de la demanda en los servicios de salud, esta, se refleja en el crecimiento de la población derechohabiente del IMSS en la última década en un 10.26%, ocasionando con esto, un abasto insuficiente, diferimiento, inoportunidad e inequidad en el acceso a los servicios sanitarios. Entre 1995 y 1999, la población usuaria del IMSS creció un 15%, amparando a 44.5 millones de derechohabientes.

En cuanto a la cobertura física de los servicios de salud, ésta es incompleta, pues se ha visto disminuida en los últimos 5 años, del 48% al 38% de la población en general, no obstante los usuarios del servicio se conservaron.

Durante el último decenio, el presupuesto autorizado para los servicios de conservación de los centros hospitalarios no ha sido suficiente, ya que sólo se han realizado acciones prioritarias, dejando de lado la realización de acciones preventivas y de imagen física de las unidades, lo que ha originado un rezago importante en las acciones de conservación, máxime que la edad promedio de las instalaciones era de 22 años sobre una vida útil de 40.

Respecto a la inversión física, en los últimos 5 años la inversión, ésta se redujo en un 52%, provocando consecuentemente la obsolescencia de la infraestructura de las unidades médicas, aunada a las restricciones presupuestales para su crecimiento y el de plantillas de personal.

3.6 Aspecto Profesional, Científico y Tecnológico

En el campo científico somos testigos de grandes avances en biotecnología, informática y telecomunicaciones, que prometen ampliar la capacidad de los servicios para identificar y resolver los problemas de salud.

Es importante destacar que de acuerdo a estadísticas mundiales, las inversiones por equipos a escala internacional representan aproximadamente el 3 por ciento del total de los gastos médicos que existen en un país, y México no es la excepción. Cabe señalar que todos los productos son importados, pues la mayoría se producen en Europa en Estados Unidos de Norteamérica, por lo que cuentan con tecnología de punta y son a estos países a los que pertenecen los grandes monopolios de fabricantes de el mercado de equipo médico de alta tecnología. Ejemplo de estas empresas podemos mencionar a Hewlett Packard, Siemens, Toshiba, Philips y otras.

En un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud, Latinoamérica tiene una población de casi 600 millones de habitantes; existen poco más de 16,500 hospitales y 1,100,000 camas hospitalarias. El 50% de los equipos no se usan porque no funcionan o no se saben utilizar.

En cuanto al recurso humano, y analizando quién está a cargo de esos 16,500 hospitales, el déficit de personal profesional y técnico es del 75%. El personal que está al cuidado de esta infraestructura física y tecnológica es empírico y de bajo nivel de escolaridad. En el sector público, hay un 19% de personal técnico egresado de escuelas técnicas; sin una especialidad en mantenimiento de equipo médico y el 6% es profesional universitario en el área eléctrica, electrónica, mecánica, pero muy pocos con una especialización en ingeniería médica.

Una de las metas del sector salud es integrar la unidad interinstitucional para la evaluación de la tecnología, cuyo objetivo será certificar la calidad, confiabilidad, eficiencia y eficacia de los equipos médicos que se importan al país y se que fabrican en

el territorio nacional, definiendo métodos para su valoración, evaluación, asimilación, adquisición, uso, sustitución y recomendación.

Como también consolidar el enfoque ambulatorio de la atención hospitalaria, al vincular los avances tecnológicos de realizar procedimientos médicos y quirúrgicos de mayor complejidad con una menor invasión al paciente con un menor costo y tiempo. Para conseguir tales objetivos el diagnóstico por imagen está siendo cada vez más importante en el sector salud de nuestro país.

El funcionamiento de los hospitales mexicanos es cada vez más competitivo, (tanto por las exigencias de los usuarios, de los servicios y de los terceros pagadores) particularmente en sector privado, aunque también existen tendencias en la misma dirección en las instituciones del sector público. No es posible sustentar el "derecho a la salud"⁶ si no se garantiza a la población que los servicios hospitalarios son de buena calidad, ello significa ofrecer a los pacientes los mayores beneficios posibles con los menores riesgos para su salud y vida.

Hoy en día, existe en todo el mundo una fuerte movilización hacia la certificación, tanto en el sector privado de producción de bienes y servicios como en algunos organismos gubernamentales. Los servicios de salud no escapan a estas acciones, por lo que existe una tendencia a mejorar la calidad de los servicios a través de procesos de certificación.

Dentro de los objetivos que establece el Programa de Reforma del Sector Salud 1995 - 2000, se encuentra el de establecer instrumentos para promover la calidad y eficiencia de la prestación de los servicios de salud. Por disposición constitucional, el Consejo de Salubridad General (CSG) tiene carácter de autoridad sanitaria, por lo que en su organización colegiada están representadas diversas dependencias y entidades públicas,

⁶ El artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su párrafo cuarto menciona el "derecho de toda persona a la protección a la salud".

así como instituciones nacionales de educación superior y asociaciones científicas de profesionales de las disciplinas para la salud.

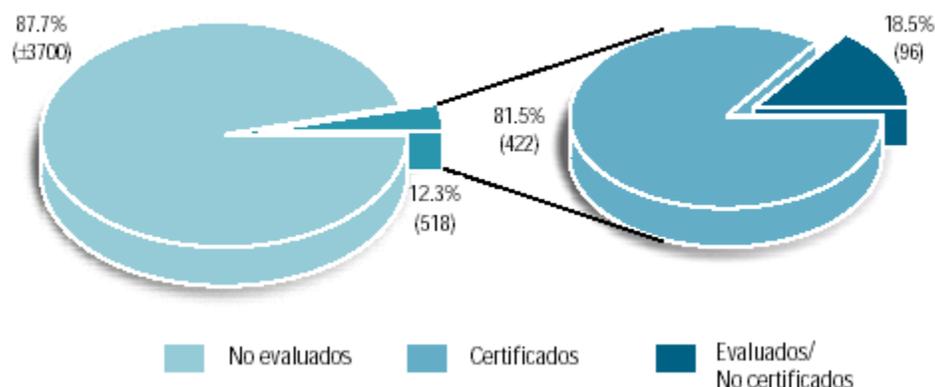
Para cumplir con este encargo, el CSG estableció la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, integrada por organismos públicos, organizaciones académicas, sociedades profesionales, representantes de la sociedad. Y con el CSG como autoridad sanitaria.

La certificación no es un fin, sino un medio para proteger a la población y para estimular a la mejora continua de la calidad de los servicios, no garantiza que todos los resultados de los procesos de atención van a ser en los mejores términos para el paciente; sólo garantiza que la organización certificada cuenta con una estructura, así como con un diseño y operación de sus procesos de tal manera, que se eleva al máximo la probabilidad de producir los mejores resultados a la salud del paciente.

“Los criterios para la certificación de hospitales evalúan aspectos de su estructura, tales como recursos humanos, instalaciones físicas, equipamiento e insumos; las funciones de apoyo a la atención como sus derechos, valoración, expediente clínico, urgencias, hospitalización, cirugía y anestesia; las funciones de atención al cliente, como gobierno de la institución, personal médico y paramédico y seguridad hospitalaria; y finalmente la recopilación de indicadores de su funcionamiento”⁷.

⁷ Diario Oficial de la Nación. 22 de junio de 1999.

Evaluación y certificación de hospitales en México



En lo que respecta al área del conocimiento, de acuerdo con datos de CONACyT, el gasto público en salud representa en nuestro país el 2.3 por ciento del gasto total en ciencia y tecnología, 0.01 por ciento del PIB y 0.45 por ciento del gasto total en salud. Los países industrializados dedican más del 0.1 por ciento del PIB y más del 1.5 por ciento de su gasto público en salud a la investigación.

Llama la atención que, pese a lo escaso de los recursos, los investigadores de las llamadas ciencias de la vida y de las disciplinas clínicas generan más del 50 por ciento de la producción científica nacional, destacando la inmunología y las neurociencias.

Otro problema de la investigación en salud es su concentración sectorial, institucional, geográfica y disciplinaria. La casi totalidad se concentra en el sector público, en cuatro instituciones –CINVESTAV, IMSS, SSA y UNAM- y en centros ubicados en la zona metropolitana de la Ciudad de México. La mayor parte es investigación biomédica y clínica, mientras que la investigación en salud pública, a pesar de su alto impacto y creciente productividad, se encuentra relegada.

3.7 El reto de la equidad

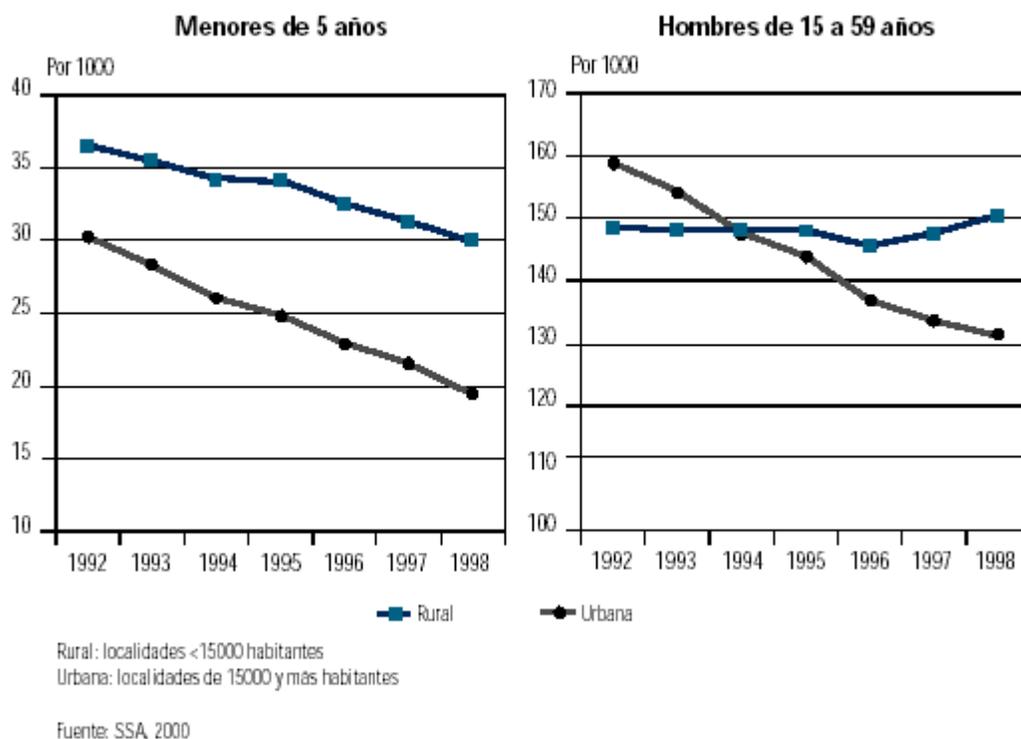
En 1999, por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil en San Martín Huamelulpan, Oaxaca, fue de 103 por 1,000 nacidos vivos, mientras que en San Nicolás de los Garza García, Nuevo León, fue de sólo nueve. Así, algunos municipios de Oaxaca tienen hoy el nivel de mortalidad infantil que Nuevo León presentaba hace 60 años.

Aunque los avances científicos de los últimos años han permitido elevar considerablemente los niveles promedio de salud en el país, la distribución del progreso sanitario entre regiones y grupos sociales sigue siendo muy desigual. Los pobres presentan un riesgo de morir en edades tempranas mucho mayor que el resto de la población y, además de sufrir las mismas enfermedades que otros grupos sociales, padecen de problemas propios.

La mortalidad en menores de un año en México también tiene una distribución muy desigual. En Guerrero, la tasa ajustada de mortalidad infantil es de 52 por 100 nacidos vivos, mientras que en Nuevo León es de 14.

Las desigualdades en salud también están presentes en la población adulta. Mientras que en las áreas urbanas de Nuevo León, Baja California Sur y Quintana Roo la probabilidad de morir entre los 15 y los 59 años es parecida a la de varios países europeos o a la de los Estados Unidos, en las áreas rurales de Guerrero, Puebla y Oaxaca es similar a la de El Salvador, Nicaragua u Honduras.

Probabilidad de muerte



En lo que toca a la salud de los indígenas, la tasa de mortalidad de los niños indígenas es 58 por ciento más alta que la de la infancia del resto del país. El riesgo de morir de una mujer indígena durante el embarazo, parto o puerperio es casi tres veces más alto que el de una mujer no indígena.

La esperanza de vida al nacer de la población indígena es de 69 años, contra 74 de la población nacional.

El principal problema de salud de los niños indígenas menores de cinco años es la desnutrición crónica.

En las zonas indígenas de Oaxaca, por ejemplo, el número de médicos por 1,000 habitantes indígenas es de 0.13, contra 0.94 en el estado en su conjunto y 1.38 a nivel

nacional. La cifra nacional es de 0.79 por 10,000 habitantes, contra 0.07, 0.11 y 0.19 en las zonas indígenas de Oaxaca, Veracruz y Puebla, respectivamente.

En este momento, las áreas rurales de Oaxaca, Guerrero y Chiapas presentan una esperanza de vida 10 años menor que las áreas urbanas de Baja California Sur, Nuevo León y el Distrito Federal.

3.8 El reto de la calidad

La calidad de la atención es otro de los retos del Sistema Nacional de Salud. Los largos tiempos de espera en la atención ambulatoria constituyen una causa frecuente de queja y un motivo de no utilización de los servicios públicos.

Los resultados del Diagnóstico Basal de Calidad realizado en 1,952 centros de salud urbanos y rurales, y 214 hospitales generales de la SSA entre 1997 y 1999 son muy ilustrativos. En las unidades de primer nivel había serios problemas de abastecimiento de medicamentos y equipo, un uso deficiente de los expedientes clínicos y problemas de apego en el manejo de programas. El porcentaje de apego a la norma de atención de diabetes mellitus, hipertensión e infecciones respiratorias agudas, por ejemplo, era de 33%, 44% y 20%, respectivamente.

En los hospitales, el equipamiento con frecuencia era insuficiente y obsoleto, y también existía poco apego a la normatividad en el manejo y control de enfermedades. La calificación global en 89% de estas unidades fue menor de 74 puntos sobre 100. En ambos tipos de instalaciones, además, el nivel de satisfacción de los prestadores con su entorno laboral era muy bajo: menos de 40 por ciento de los trabajadores se sentía satisfecho a este respecto.

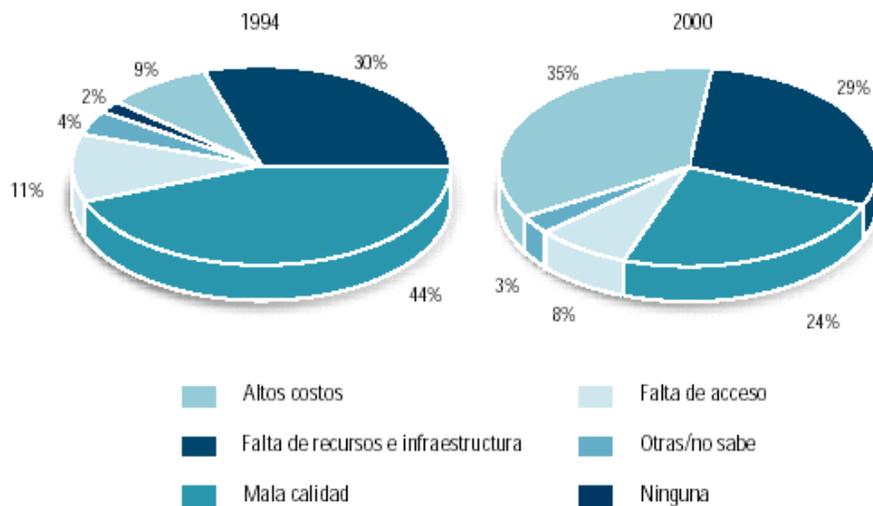
Las evaluaciones de las unidades hospitalarias solicitadas por la Comisión Nacional para la Certificación de hospitales apuntan en el mismo sentido. De los casi 4 mil hospitales que existen en el país, sólo han sido evaluados y dictaminados por esta comisión 518

(13%). Esto significa que en más del 85% de las unidades hospitalarias se carece de la información más elemental sobre la existencia de los requisitos básicos para garantizar una atención adecuada.

Los problemas de calidad no son privativos del sector público. De los cerca de 3 mil unidades hospitalarias con la que cuenta el sector privado, sólo 60 han solicitado su certificación, y en el proceso de evaluación obtuvieron calificaciones promedio de 75 puntos, para ubicarse en un nivel similar al de los hospitales de la SSA y en un nivel inferior de los hospitales de Petróleos Mexicanos (PEMEX). Un caso especial son las 1,500 unidades hospitalarias privadas que cuentan con cinco camas o menos y que funcionan sin regulación. Estas unidades suelen estar mal equipadas, tienden a estar atendidas por médicos no certificados, no cuentan con médicos de tiempo completo y tienen un servicio de enfermería a cargo de pasantes o auxiliares. Por lo que se refiere a las cesáreas, el problema es todavía más grave en ese sector. En Nuevo León, por ejemplo, 74 por ciento de los nacimientos hospitalarios (más de 12 mil) fueron atendidos por cesárea. En países como Japón y el Reino Unido el porcentaje de nacimientos por cesárea es menor de 15 por ciento.

Por otro lado, existe un grado aceptable de satisfacción de los usuarios con la atención ambulatoria recibida, tanto en los servicios públicos como privados. Pero este no es el caso de los servicios de urgencia: seis de cada diez mexicanos reportaron no haber obtenido la atención que necesitaron con la rapidez esperada. Este problema fue más común en la región sur, entre la población de bajos ingresos, y entre los derechohabientes del IMSS y del ISSSTE. Asimismo, 22 por ciento de la población presentó problemas para obtener atención domiciliaria. Este problema fue más frecuente en la región sur del país, entre las mujeres y entre los no asegurados.

Principales problemas de los servicios de salud según los usuarios



Fuente: FUNSALUD, 2000

Por lo que se refiere a los tiempos de espera, en promedio la población espera 4.5 días para obtener una cita de primer contacto, 9.5 días para ver a un especialista y casi cuatro días para ingresar a un hospital. Algunas esperas alcanzan los 90 días, y la principal razón para no volver a utilizar los servicios de la última atención ambulatoria son los largos tiempos de espera.

Por lo que toca a las cirugías, cinco de cada 100 mexicanos reportan que necesitaron de una cirugía en el último año. Sin embargo, sólo uno de ellos fue operado, reportando haber esperado 15 días para la intervención; dos estaban en lista de espera, y el resto no contaba con ninguna información sobre las posibilidades de ser atendido.

Los componentes públicos del sistema de salud generan anualmente 168 millones de consultas generales, 34 millones de consultas de especialidad, 24 millones de consultas de urgencia, 13 millones de consultas odontológicas, 1.5 millones de partos, 2.7 millones de intervenciones quirúrgicas y poco más de 4 millones de egresos hospitalarios. Por lo que se refiere a los servicios auxiliares de diagnóstico, el sector público genera 4 millones de estudios de anatomía patológica, 167 millones de análisis de laboratorio y 18 millones de estudios radiológicos.

Estos servicios, sin embargo, están distribuidos de manera muy desigual. Así por ejemplo, el porcentaje de mujeres embarazadas que reciben atención prenatal temprana es de 41% en Sonora y Jalisco, y de sólo 28% en el Estado de México. El porcentaje de nacimientos en hospitales generales es de más de 92% en Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Distrito Federal, Quintana Roo, Sonora y Tamaulipas, pero menor de 50% en Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Puebla. Las diferencias son todavía más dramáticas si se utiliza como criterio el nivel de marginación. El porcentaje de partos atendidos por personal calificado del sector salud es casi de 100% en los municipios de muy baja marginación, mientras que en los municipios de marginación alta es de apenas 40%. Se calcula que al año quedan sin atenderse por personal calificado alrededor de 370 mil partos, que provocan la muerte de 1,400 mujeres.

Los servicios se producen además con una productividad muy heterogénea. El porcentaje de ocupación hospitalaria en el sector público de México es de 69%, pero con diferencias enormes entre agencias. El porcentaje de ocupación en la SSA es de 62%, mientras que en el IMSS es de 84%. El número de consultas diarias por médico es de 7.9 para las agencias públicas en su conjunto, pero de 6.3 para la SSA, 5.8 para el ISSSTE y 12.2 para el IMSS. Finalmente, el número de intervenciones quirúrgicas diarias por quirófano para todo el sector público es de 2.8, contra 3.9 para el IMSS, 2.5 para el ISSSTE y 2.2 para la SSA.

3.9 El reto de la protección financiera

Por último, los problemas financieros relacionados con la atención de la salud representan ya una seria carga para la población. Este complejo reto se debe en parte al aumento de los costos de la atención. Más importante aún es el hecho de que 52% de los gastos totales en salud se cubren directamente con recursos del bolsillo de las familias al momento de utilizar los servicios de salud. En Colombia, en contraste, este gasto representa 25% del total y en Gran Bretaña apenas alcanza el 3%.

Las cifras disponibles más conservadoras nos indican que cada alrededor de dos millones de hogares mexicanos se ven obligados a utilizar más del 30 por ciento de su ingreso disponible en la atención de sus necesidades de salud. Estos gastos catastróficos son causa frecuente de empobrecimiento.

Una alta proporción de las personas no cuenta con ningún tipo de seguro, el gasto de bolsillo representa más de la mitad del gasto total en salud y, por lo mismo, un alto porcentaje de los hogares mexicanos corre el riesgo de empobrecerse para acceder a la atención que requieren.

Las cuentas nacionales de salud indican que más del 50% del gasto total en salud es gasto privado y más del 90% del mismo es gasto que proviene directamente del bolsillo personal. También se sabe que éste último tiende a ser mayor, como porcentaje del ingreso total, en los hogares más pobres. Se calcula que cada año entre dos y tres millones de hogares mexicanos se ven obligados a hacer uso de más de la tercera parte de su ingreso disponible para financiar la atención de su salud, con lo que incurren en lo que se conoce como gastos catastróficos.

No es de sorprender que dos de cada diez mexicanos posterguen la atención de su salud cuando la requieren y que incluso deban renunciar a ella. Según la Segunda Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud, 20% de las personas reportaron haber tenido problemas para pagar las cuentas del médico y del hospital, y para pagar las medicinas prescritas.

Referencias bibliográficas

1. Programa Nacional de Salud 2001 – 2006.
2. Programa Nacional de Salud 2007 – 2012.
3. Daños a la Salud, Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Estadística, número 19, volumen II, año 1999.
4. Recursos y Servicios, Sistema Nacional de Salud, Boletín de Información Estadística, número 19, año 1999.
5. Anuario Estadístico de la Secretaría de Salud y los servicios en los Estados, 1999.
6. Criterios para la certificación de hospitales, Diario Oficial de la Federación, Tomo DXLVII, No. 3, Pág. 38, México, D. F., jueves 1 de abril de 1999.