

Financiamiento y acceso a la salud: exclusión social.

Raúl Molina -Carolina Carbajal.

Cita:

Raúl Molina -Carolina Carbajal (2007). *Financiamiento y acceso a la salud: exclusión social. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-066/1517>

XXVI CONGRESO ASOCIACION LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGIA

FINANCIAMIENTO Y ACCESO EN SALUD: EXCLUSIÓN SOCIAL

MESA 20 SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL: TRANSFORMACIONES SOCIALES
E IMPACTO EN LA POBLACION

Dr. Raúl E. Molina Salazar
Departamento de Economía
UAM – IZTAPALAPA
Teléfono y FAX: 58044768
EMail: molinara_2005@yahoo.com.mx

CAROLINA CARBAL DE NOVA
Departamento de Economía
UAM – IZTAPALAPA

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

Políticas alternativas en salud

Resumen

En este trabajo se analizan los desafíos que enfrentan los servicios de salud en México y se exponen los obstáculos financieros para avanzar en el cumplimiento a la garantía constitucional de protección a la salud para toda la población, y cuyo derecho dista mucho de estar implementado en términos reales. Este es un enorme desafío dado de que el país cuenta con más de 50 millones de personas viviendo en la pobreza, con un coeficiente de desigualdad de los ingresos de Gini muy elevado a nivel internacional, a la cual se les ha excluido también de los servicios de salud

El acceso universal a los servicios de salud debe de ser el principio rector de las políticas de salud. El carácter excluyente de los servicios actuales, con servicios de salud para la población con empleo formal y servicios limitados para la población sin empleo formal debe de ser eliminado, para ser sustituido por el derecho ciudadano a los bienes de salud, en dónde el acceso a los servicios de salud no esté condicionado a la disponibilidad de ingreso para el pago por el evento o condición de salud.

En este trabajo se analizan los desafíos que enfrentan los servicios de salud en México y se exponen los obstáculos financieros para avanzar en el cumplimiento a la garantía constitucional de protección a la salud para toda la población, y cuyo derecho dista mucho de estar implementado en términos reales. Este es un enorme desafío dado de que el país cuenta con más de 50 millones de personas viviendo en la pobreza, con un coeficiente de desigualdad de los ingresos de Gini muy elevado a nivel internacional, a la cual se les ha excluido también de los servicios de salud y la respuesta institucional en el área de la salud a esta población queda circunscrita a esquemas de atención focalizados, a la cual ahora se les sobrepone otro esquema de servicios dirigido a los hogares en pobreza de grupos de población específicos y para algunos casos de padecimientos con el así llamado seguro popular.

1. Condiciones de salud de la población

La salud de la población en México ha mejorado sensiblemente en las últimas décadas al igual que en otras regiones del mundo. La tasa de mortalidad infantil en menores de un año (TMI) por cada 1,000 niños vivos ha venido descendiendo de 50.9 registrada en 1980 hasta lograr una tasa de 18.0 en 2004, pero se debe hacer notar que la probabilidad de morir en el primer año de vida es 25 % superior en el caso de los niños que de las niñas La esperanza de vida al nacer (EVN) se ha elevado a los 75 años en promedio para el 2004, cuando se reportaban 67 años en 1980. La EVN de las mujeres es 4.9 años superior a la de los hombres.¹

Las enfermedades infectocontagiosas han venido presentando una disminución significativa, así por ejemplo se tiene que las enfermedades por infecciones respiratorias agudas disminuyeron de 120 muertes por 100,000 menores de 5 años en 1990 a una tasa menor a 30 en el 2004, pero aún se presentan tasas elevadas en los estados de menores

¹ SSA. **Salud: México 2005. Información para la rendición de cuentas.** SSA, México, 2006. También ver: SSA. **Programa Nacional de Salud 2001-2006.** Secretaría de Salud, México, 2001

ingresos como Chiapas y Tlaxcala. La probabilidad de morir por diarreas en los estados del sur es 10 veces mayor a la de Nuevo León. La persistencia de este tipo de enfermedades se vincula tanto a las condiciones de pobreza como a la carencia de servicios de salud adecuados.

El proceso de transición epidemiológica ha elevado persistentemente las enfermedades crónicas y degenerativas, entre ellas las cardiovasculares y la diabetes, las cuales producen más del 55 % de las muertes anuales. La Diabetes Mellitus es la primer causa de muerte en el país con una tasa del 59 por 100,000 habitantes, y sus problemas están asociados a la carencias que presentan los servicios de salud en el país, los cuales no permiten tener un diagnóstico oportuno, así como a la falta de adherencia a los tratamientos de parte de los pacientes.

Las condiciones de salud distan mucho de considerarse adecuadas cuando se observan los enormes rezagos que existen al interior del país, entre regiones y grupos étnicos, así como cuando se comparan los indicadores nacionales con los internacionales². Las diferencias al interior del país se observan en el cuadro 1, en donde se puede ver que la TMI en Puebla es 5 veces superior a la de Guerrero, y de que la TCC de Colima es superior a la de Nuevo León 2.5 veces.

² Mariana Barraza-Llorens, Stefano Bertozzi, Eduardo González-Pier, and Juan Pablo Gutiérrez. **Addressing inequity in health and health care in Mexico.** Health Affairs, May/June 2002; 21(3): 47-56

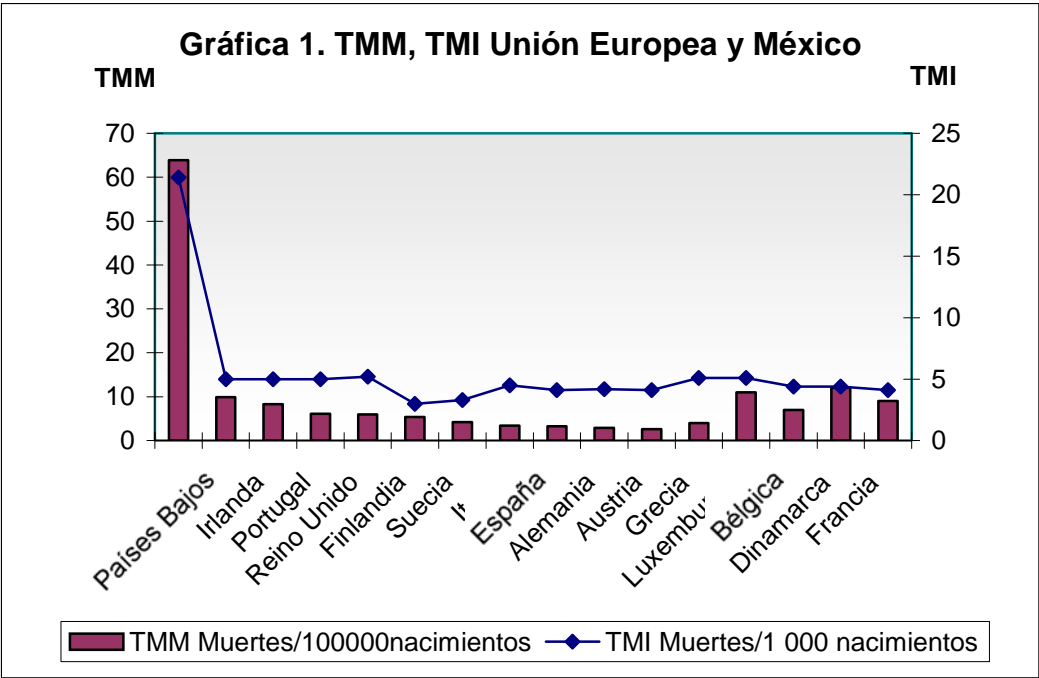
Cuadro 1. México: tasa de mortalidad infantil de menores de 1 año y tasa de cáncer cérvico-uterino a nivel estatal, 2002

Estados	Tasa mortalidad infantil menores de 1 año	Tasa de cáncer cérvico-uterino
Total nacional	16.45	20.7
Aguascalientes	14.45	19.7
Baja California	16.85	18
Baja California	19.35	18
Campeche	14.15	25.9
Coahuila	10.9	22.7
Colima	12.6	38.5
Chiapas	16.05	34
Chihuahua	18.5	22.8
Distrito Federal	19.7	17.2
Durango	8.8	15.1
Guanajuato	19.2	19.4
Guerrero	6	26.5
Hidalgo	14.5	17.4
Jalisco	14.5	20.1
México	23.15	19.9
Michoacán	11.1	24.5
Morelos	11.5	31.3
Nayarit	7.35	27.3
Nuevo León	12.25	15.1
Oaxaca	15.15	31.3
Puebla	28.05	23.1
Querétaro	18.7	17.6
Quintana Roo	13.75	28.2
San Luis Potosí	15	25.5
Sinaloa	5.65	21.4
Sonora	16.5	19.9
Tabasco	17.4	27.5
Tamaulipas	10.9	20.1
Tlaxcala	23.85	22.1
Veracruz	15.7	30.9
Yucatán	14.5	32.5
Zacatecas	15.35	18.9

1/ Tasa de mortalidad observada en menores a un año, por 1000 habitantes menores a un año, de acuerdo a la base de datos INEGI 2003 y las proyecciones 2000-2050 del CONAPO, 2002

2/ Tasas de Mortalidad por 100 000 mujeres de 25 años y más, estandarizada por el método directo con base en el promedio de población por grupo de edad de la población mundial estándar 2000-2025.

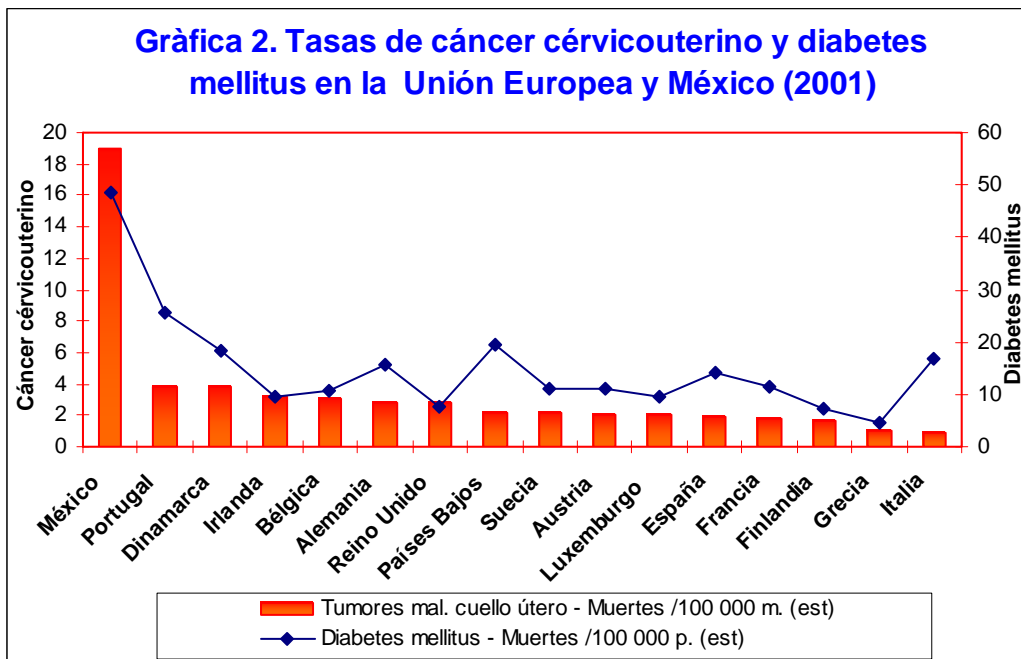
Al comparar las condiciones de salud de México con la Unión Europea se muestra el enorme rezago que tiene el país en esta materia. La TMI de México es 5 veces superior a la de la Unión Europea y la TMM es 6 veces superior, gráfica 1. Si bien en el caso de la TMI se puede relacionar más con los problemas de pobreza y desigualdad, la TMM, a estas condiciones, se les debe agregar la carencia de acceso a servicios de salud adecuados; aún dentro del contexto de los países latinoamericanos ambas tasas muestran un gran rezago.



Fuente: ECO-Salud OCDE 2005. OCDE, París, 2005.

El cáncer cervicouterino y el cáncer de mama son dos padecimientos que requieren de los servicios de salud una atención oportuna en su diagnóstico y una intervención y tratamiento adecuado para su control; en ambos casos se tiene que México registra una tasa de 8 y 4 veces superior respectivamente al promedio que se registra en la Unión Europea. Si tomamos a estos padecimientos para estudiar la eficacia de los servicios de salud, como a enfermedades trazadoras, como a una expresión de la calidad de la atención de los servicios

de salud, de vuelta vemos que en ambos padecimientos se presenta un enorme rezago en México por la desarticulación de los servicios además de las diferentes condiciones de acceso definidas por su situación laboral y sus niveles de ingreso.



Fuente: ECO-Salud OCDE 2005. OCDE, París, 2005.

2. Financiamiento y exclusión de los servicios de salud en México.

Un estudio sobre las necesidades de salud a principios de la década de 1980 señalaba lo siguiente: “...ninguna de las instituciones de servicios personales de salud en México está estructurada de tal forma que le permita brindar, a la población que sirve, un servicio eficiente y eficaz. Esta situación es consecuencia de la fragmentación del sector salud”³. Al inicio de este nuevo milenio las condiciones no parecen haber cambiado mucho en México, por lo que no se puede hablar de un sistema de salud, dado que los servicios de salud se

³ COPLAMAR. *Necesidades esenciales en México. Salud No 4*. Siglo XXI, México, 1982.

proporcionan de una manera fragmentada e inequitativa, sin una visión global y con una escasa regulación. El 55 % de la población esta cubierta por los servicios de la seguridad social, a la cual pertenecen aquellos grupos con un empleo formal o bien los empleados gubernamentales; estos grupos constituyeron la base del sistema corporativo mexicano que mantuvo la hegemonía del poder por mas de 70 años. La organización de la seguridad social tiene un esquema de regionalización con cobertura nacional y con un sistema de referencia entre los niveles de atención. El resto de la población, más de la mitad de la población mexicana no fue incluida en estos programas de la seguridad social, se atiende en los servicios

Cuadro 2. FLUJO DE SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO		
2003		
	HOSPITALARIOS	AMBULATORIOS
SECTOR PÚBLICO	90 %	86 %
• SECRETARIA DE SALUD	48 %	71 %
• SEGURIDAD SOCIAL	42 %	15%
SECTOR PRIVADO	10 %	14 %

Fuente: Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal. Dirección General de información en Salud,
Secretaría de Salud

desarticulados que ofrece la secretaría de salud o en los servicios privados, ambos servicios tienen una gran heterogeneidad⁴. Tanto en los servicios de la Secretaría de Salud como en

⁴ López Acuña, Daniel. **La salud desigual en México**. Siglo XXI, México, 1983.

los servicios privados no cuentan con un sistema de referencia entre los niveles de atención a la salud. En la Secretaría de Salud se encuentran los servicios especializados de los institutos de salud o los hospitales regionales, los cuales están bien equipados y son centros de excelencia en la investigación médica, y por otro lado se encuentran los servicios de atención primaria con una carencia crónica de insumos médicos y con una infraestructura deteriorada. A pesar de todo, el sector público proporciona la mayor cantidad de servicios hospitalarios como ambulatorios en donde el papel del sector privado se mantiene como complementario, cuadro 2.

La población derechohabiente de la seguridad social, en un esquema de prepago, recibe atención gratuita o libre de cargo alguno al momento de recibir los servicios de salud así como los medicamentos. La población no asegurada tiene acceso a los servicios públicos de la Secretaría de Salud sobre la base de cuotas de recuperación en donde generalmente no se incluye al medicamento, el cual se debe adquirir a precios de mercado en las farmacias particulares⁵ ⁶. En adición a estos esquemas, el gobierno ha diseñado algunos programas focalizados para ampliar la cobertura a los servicios de salud para la población no asegurada, como el Seguro Popular de Salud. Este seguro ofrece un paquete reducido de servicios de salud básicos para paliar el gran rezago existente de servicios en el país. Uno de los retos más importantes del seguro popular va a ser la ampliación de la cobertura inicial de los servicios de salud que ofrece programas, pues esto constituye una de sus grandes debilidades, como ha sido comentado por varios autores⁷.

Los servicios privados se encuentran altamente segmentados y generalmente se establecen bajo un esquema de pago por evento de acuerdo al ingreso monetario de los pacientes. Por un lado se tienen a los grandes complejos hospitalarios privados de avanzada tecnología en donde se pueden atender patologías de gran complejidad, se atiende sobre la base de precios de mercado, a la población que dispone de ingresos monetarios elevados o que

⁵ En la seguridad social se incluyen a los fondos financieros que manejan diferentes instituciones como el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMARNAT.

⁶ Los servicios de la Secretaría de Salud incluyen al sistema descentralizado administrado por el gobierno federal y estatal.

⁷ Arellano, Olivia. **Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para políticas públicas**, UAM, PAHO, 2004 en www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/hp-xi-taller04-pres-lopez-arellano.pdf

cuenta con algún seguro privado; la población cubierta con seguros privados, solo dan cobertura a un 3 % de la población. Por otro lado se tienen a una gran cantidad de consultorios privados y clínicas de primer o segundo nivel de atención con pobre equipamiento, en donde se presta servicios a la población de bajos ingresos.

El 55 % del financiamiento proviene de los hogares y el resto proviene del sector público, cuadro 3. El financiamiento que proviene de los hogares se distribuye de la siguiente forma: el 51 % de los gastos son pagos directos de bolsillo a los proveedores de los servicios de salud, el 3 % se emplea para cubrir las primas de los seguros privados, y el 1 % para cubrir el monto de las cuotas de recuperación. Como es bien sabido en la literatura, el pago directo de bolsillo es la forma más regresiva de financiamiento, además de que representa un riesgo de empobrecimiento para las familias.

En México, el financiamiento a los medicamentos es básicamente vía el bolsillo de los hogares, lo que condiciona la forma de acceso a los medicamentos, ya que su consumo no se relaciona con las necesidades de salud sino con la disponibilidad de ingreso. En los servicios públicos (seguridad social e instituciones públicas) tan sólo se provee el 17% del medicamento a través de canales institucionales sin el cobro directo, y el resto proviene de los hogares⁸. Ante la ausencia de una respuesta institucional, y la falta de regulación de la industria farmacéutica, el gasto en medicamentos de los hogares como proporción al gasto total en salud representaba el 23.8% en 1992, y se elevó al 50.2% en el año 2004; el decil de más bajos ingresos, al carecer de un empleo formal no tiene acceso a los servicios de la seguridad sociales, por lo que tiene que desembolsar el 63 % de su gasto en salud a los medicamentos sin una prescripción por un profesional de la salud⁹.

Cuadro 3. FONDOS DE FINANCIAMIENTO EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÈXICO 2003	
SECTOR	%

⁸ IMS. **El mercado farmacéutico mexicano**. IMS, 2004, México.

⁹ Estimaciones propias en base a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2004.

PÚBLICO	45
• SECRETARIA DE SALUD	13
• SEGURIDAD SOCIAL	32
PRIVADO	55
• SEGUROS PRIVADOS	3
• MEDICINA INDIVIDUAL	52

Fuente: Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal. Dirección General de información en Salud, Secretaría de Salud

El financiamiento que proviene de recursos públicos se distribuye de la siguiente manera: el 32 % lo administra el gobierno federal vía la seguridad social y el 13 % los servicios descentralizados federales o estatales. El gasto per cápita en salud en la seguridad social es el doble del gasto en la secretaría de salud, pero el gasto que realizan los servicios descentralizados, estatales, sólo representan el 10 % de los primeros, cuadro 4.

Un rasgo adicional de la inequidad de los servicios de salud, es el que se observa en los padecimientos de elevado costo para los cuales no se tiene acceso a una terapia adecuada para las personas que carecen de seguridad social, cómo en el caso del cáncer o VIH/SIDA. Para una persona con VIH/SIDA, sólo se le proporciona el acceso a un tratamiento integral adecuado en las instituciones de seguridad social por lo que se ha podido reducir significativamente la mortalidad en éstas instituciones, pero fuera de éstas, el tratamiento queda sujeto a la disponibilidad del ingreso de los hogares; en la Secretaria de Salud, aún cuando se ha aumentado el acceso al tratamiento de los medicamentos antiretrovirales no se ha podido establecer un programa integrado de atención a los pacientes con VIH/SIDA, por lo que no se ha presentado una reducción en el número de casos y en la tasa de mortalidad entre esta población ¹⁰. Una situación similar enfrentan las personas que se

¹⁰ Molina Salazar, Raúl E. Et Al. "Financiamiento y acceso al tratamiento del VIH/SIDA: el caso de Brasil y México", en **Políticas farmacéuticas y estudios de utilización de medicamentos en Latinoamérica**, UAM-OPS-Fundación Osvaldo Cruz, pp. 75-92, 2003, México.

enferman de cáncer u otros padecimientos costosos, pues los servicios de salud públicos sólo atienden a un número reducido de estos pacientes por las limitaciones financieras, y la atención en los servicios privados queda sujeta a la disponibilidad de los ingresos de las familias.

Cuadro 4. Recursos financieros en los servicios de salud públicos

	Gasto per cápita pesos corrientes 2002
Seguridad Social	2,128
IMSS	2,224
ISSSTE	1,654
PEMEX	9,467
Secretaría de Salud	1,139
FEDERAL	942
ESTATAL	198

Fuente: Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal. Dirección General de información en Salud, Secretaría de Salud

Sin duda alguna, el sujetar el acceso a los servicios de salud de la mayor parte de la población a un esquema de pago por evento, en un país de bajos ingresos y de enorme desigualdad limita la eficacia de los servicios, y excluye a la población sin acceso a la seguridad social y de bajos ingresos a un tratamiento adecuado a los servicios de salud. Los estudios de pobreza y desigualdad muestran con toda claridad la gran desigualdad de ingresos que existe en el país. Una medida de la desigualdad de los ingresos de amplia utilización es el coeficiente de GINI, si el coeficiente se acerca a 1 se indica que el ingreso tiene una gran desigualdad, y si el coeficiente se acerca a 0 muestra niveles de distribución del ingreso más igualitarios¹¹; el elevado coeficiente de desigualdad de los ingresos de Gini

¹¹ Hernández Laos, Enrique. “Bases éticas de la distribución del ingreso en México” en **Ética y economía. Desafíos del mundo contemporáneo**. Plaza y Valdés, México, 1999. Ver los comentarios sobre las medidas de desigualdad.

de 0.47 en el 2004 de México¹², está sobre el promedio latinoamericano y muy por encima del de los países de la OCDE¹³.

Ahora bien, en estudios recientes se han mostrado que no sólo son importantes el nivel de los ingresos per cápita en un país sino también su distribución, pues se considera que una mala distribución del ingreso puede ser un factor de mayor peso que una caída del ingreso per cápita en la disminución de los niveles generales de salud de la población.

Las elevadas tasas de las enfermedades infecciosas, y en especial de las enfermedades crónico-degenerativas que se presentan en el país, como se mostraron en el apartado anterior, no se podrán controlar sin un esquema solidario de financiamiento, en dónde el acceso a los servicios de salud no esté condicionado a la disponibilidad de ingreso para el pago por el evento o condición de salud.

3. El debate sobre el financiamiento: público o privado

Las políticas neoliberales de ajuste estructural que se han venido implementando a nivel global conllevan la reducción del tamaño del estado a la vez que impulsan la participación privada, en especial en ámbito de las prestaciones sociales. Los organismos financieros internacionales como el Fondo Monetario Internacional o el Banco Mundial han jugado un papel central en el diseño de estas políticas. La ampliación del mercado en el sector salud se plantea como la medicina para la solución de los problemas de eficacia y eficiencia que aquejan al sector, pues se parte de la premisa que el sector público es un proveedor ineficiente en donde quedan al margen consideraciones sobre cobertura y equidad las cuales son desechadas por los servicios privados. Este tipo de políticas han generado una gran controversia y una parte importante de la discusión converge sobre las formas de organizar el financiamiento y la provisión de los servicios de salud.

¹² INEGI. **Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2004**. INEGI, México, 2005

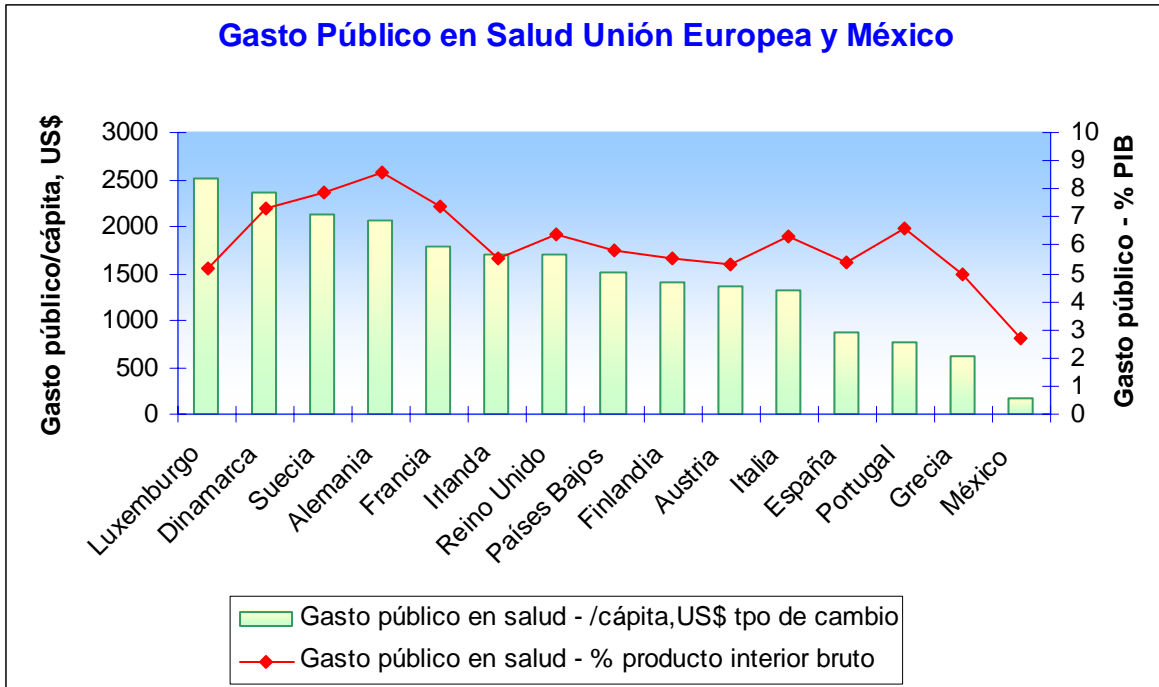
¹³ Hernández Laos, Enrique. **Mercado laboral, desigualdad y pobreza en América Latina**. UAM-Juan Pablos, México, 2006.

Dentro de esta concepción se ha venido estipulando que el Estado no debe seguirse viendo como el único responsable del derecho ciudadano a la salud, sino que se deben “crear mecanismos y espacios para hacer del usuario de los servicios el depositario de un derecho social fundamental, un sujeto activo ante los procedimientos de la institución médica y un actor en la toma de decisiones”¹⁴. En este punto, se parte de una concepción del individuo racional que debe ser conciente de los problemas de salud que puede enfrentar y destinar parte de su ingreso a la previsión de contingencias. Esta visión de la función del Estado en materia de salud, contraviene radicalmente la obligación constitucional de garantizar el derecho a la salud, en la cual los criterios o consideraciones sobre la poca o mucha racionalidad de los individuos no debe ser un elemento para condicionar la prestación de los servicios de salud sino más bien debe prevalecer únicamente el de ciudadanía.

En los países de ingresos elevados, como en la Unión Europea, la organización y financiamiento de los servicios de salud se realiza en base a un esquema solidario con impuestos generales o de seguridad social compulsiva, con una cobertura universal. El financiamiento del sistema de salud en Inglaterra es vía el impuesto sobre los ingresos, y en el caso de Francia las cuotas a la seguridad social se basan en el monto de los ingresos a la cual se le complementa con un subsidio gubernamental para cubrir los costos de este sistema de salud; con estas formas de financiamiento se eliminan los problemas a que dan lugar la selección adversa y del riesgo moral de los esquemas de seguros. De la gráfica 3 se desprende que el gasto en salud como porcentaje del PIB en la Unión Europea es del 6 % en promedio, mientras que en México sólo llega al 2.7 %; el gasto público per cápita en salud promedio de la Unión Europea alcanza los \$1,484 dólares mientras en México sólo llega a \$171.

Gráfica 3. Gasto público en salud per cápita y gasto público como % del PIB: Unión Europea y México

¹⁴ Julio Frenk. “Mensaje del Secretario de Salud”, *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México: hacia un sistema universal de salud*, Secretaría de Salud, México, 2001



Fuente: ECO-Salud OCDE 2005. OCDE, París, 2005.

En los países de elevados ingresos, la respuesta siempre ha sido favorable hacia una forma pública de atención a la salud, pero para los países de bajos y medianos ingresos como México la tendencia ha sido la opuesta. Mientras que en los países europeos se ofrece cobertura universal con buenos servicios de salud para todos los ciudadanos, en México se excluye de servicios de salud básicos a la población sin empleo formal y de bajos ingresos.

Más aún, las reformas de financiamiento de corte neoliberal a la vez que recortan el gasto público incentivan el financiamiento de los hogares, pues se considera que parte de los problemas fiscales del gobierno se originan por los costos crecientes de la seguridad social (pensiones y salud), por lo que se plantea el retorno de las prestaciones sociales al ámbito del mercado ¹⁵, ante la debilidad de las fuentes gubernamentales¹⁶. En el caso de los

¹⁵ Paganini, Mario O. "Las políticas de previsión y el Estado Benefactor, en **La seguridad social y el Estado moderno**. comp. José Narro Robles y Javier Moctezuma Barragán, México, 1992, IMSS, FCE, ISSSTE. p.26

mecanismos de pago, se ha considerado que éstas podrían mejorar el desempeño institucional al introducir mecanismos de mercado¹⁷. y de prestación de servicios, en dónde al gobierno se le relega a la parte normativa¹⁸.

Una parte central del debate del financiamiento se orienta a la discusión sobre la separación entre el financiamiento y la prestación de los servicios. Las fuentes del financiamiento pueden provenir del sector público, sector privado, hogares y externas. En el caso de la provisión de los servicios sería útil distinguir entre proveedores públicos y privados. El financiamiento y la prestación de los servicios pueden ser de la misma fuente, como lo es en un hospital público, pero también pueden ser con financiamiento público y con prestación privada como en el caso de ONG's.

Los cambios en las fuentes y en la composición del financiamiento pueden afectar el acceso y la equidad de los servicios de salud, y definir el carácter progresivo o regresivo de las políticas financieras, y aquí es crucial definir el centro de la toma de decisiones, si ésta proviene de un centro solidario o de una base individual. El financiamiento a la salud en los países de la Unión Europea no se ha dejado a la disponibilidad del ingreso de los hogares, antes bien estos se basan en fuentes solidarias con el apoyo de los ingresos públicos. En la gráfica 2 se observa claramente que la mayor parte de los países de la Unión Europea cuentan, con un financiamiento público fuerte, bajo el principio de solidaridad, mientras que lo contrario a este patrón sucede en México en dónde se abandona al mercado, a la disponibilidad de ingreso de las familias, el acceso a los servicios de salud.

El gasto privado de los hogares asume las formas de cuotas de recuperación y de cobro directo a los usuarios por la prestación de servicios públicos, así como el pago directo por la compra de servicios o insumos privados.

¹⁶ Akin J, Birdsall N y de Ferranti D. Financing health services in developing countries: An agenda for Reform. World Bank Policy Study, 1987, Washington, D.C. World Bank. **World Development 1993: Investing in Health**. World Bank, 1993, Washington., D.C.

¹⁷ Griffin, C. User charges for health care in principle and practice. EDI Seminar Paper Number 37. World Bank, 1988, Washington, D.C.

¹⁸ Einthoven A. "Market-based reform of U.S. health care financing and delivery: managed care and managed competition", in George Shiever (ed) Innovations in health care financing. World Bank Discussion paper # 365. 1997. Washington, D.C.

En la búsqueda de mayores ingresos gubernamentales, el cargo a los usuarios se ha incrementado significativamente en los países en desarrollo. Las cuotas de recuperación a la vez que reducen el gasto gubernamental trasladan dichos costos a los hogares. Sin embargo, se debe hacer explícito que el monto de los ingresos recaudados bajo este mecanismo, en general ha sido muy bajo.

En los países en desarrollo, la participación del sector privado en salud se ha presentado tanto en la parte de financiamiento como en la de prestación de los servicios. Los programas de austeridad gubernamental, así como la deficiente administración han significado que los servicios gubernamentales muestren un mal desempeño. Debido a esto, los pacientes buscan la atención privada de médicos, clínicas, hospitales y aún a los proveedores de servicios no tradicionales.

Una fuente importante de financiamiento lo constituyen los esquemas de aseguramiento público o privado, en donde se involucra a un tercero quién le paga al proveedor de servicios una parte o el total de los gastos de la atención o tratamiento. La seguridad social compulsoria tiene una larga tradición en Latinoamérica, sin embargo el nivel de cobertura de ésta permanece reducido en la región. Los seguros privados difieren de la seguridad social en la individualidad de los contratos y en el monto de las primas, pues estas se fijan en relación directa con los riesgos de salud de la población, por lo que sólo una pequeña parte de la población con este tipo de cobertura.

4. Conclusiones

El acceso universal a los servicios de salud debe de ser el principio rector de las políticas de salud. El carácter excluyente de los servicios actuales, con servicios de salud para la población con empleo formal y servicios limitados para la población sin empleo formal debe de ser eliminado, para ser sustituido por el derecho ciudadano a los bienes de salud,

en dónde el acceso a los servicios de salud no esté condicionado a la disponibilidad de ingreso para el pago por el evento o condición de salud.

Una vez establecido este principio, los servicios de salud públicos se tienen que integrar a la brevedad, para hacer más eficiente y equitativo los servicios de un sistema nacional de salud, en el cual todos los ciudadanos tengan acceso a los mismos servicios al margen de su situación laboral o social. La duplicidad de funciones y de servicios sólo ha venido elevando el costo de los servicios, al integrar a todos los servicios públicos se evitaran el uso ineficiente de las instalaciones y de los recursos humanos.

Un elemento fundamental es el fortalecimiento del estado, y de sus finanzas, para poder implementar un servicio nacional de salud. A los grupos de población sin empleo formal se le deben hacer transferencias directas o indirectas para que puedan tener acceso en las mismas condiciones de los trabajadores con un empleo formal. Si el estado integra todos los servicios en un sistema nacional se deberá hacer la estimación financiera que una propuesta de este tipo puede implicar. La propuesta deberá de realizar un planteamiento especial para el tratamiento de las enfermedades emergentes y costosas para que éstas no desequilibren al sistema nacional; como en el caso del VIH/SIDA no podemos tener dos formas de atención, una para las personas de la seguridad social y otra muy diferente para las personas sin empleo formal.