

VII. EL SISTEMA DE SALUD

Astrid Tello, José Marcos y Estefanía Almeida¹

“En momentos cuando el dinero está escaso, mi consejo para los países es este: antes de buscar lugares para reducir el gasto en el cuidado de salud, busquen primero oportunidades para mejorar la eficiencia”. Dr. Margaret Chan (Directora General de la OMS, 2010).

En el presente capítulo se ofrece un análisis del sistema de salud en México. En un nivel analítico, se desarrollan los puntos que se consideran suficientes para aseverar que la salud del país está en riesgo; pareciera que las premisas presentadas en casos particulares pudieran llegar a un grado de *reductio ad absurdum*², no obstante, consideramos deben de ser mencionadas. La integridad del sistema pelagra; las instituciones a las cuales les corresponde el tema, a la vez lo están comprometiendo, y el tiempo, en conjunto con el incremento de la población, se convierte en un agresor más. México adopta tendencias alimenticias previamente desconocidas que implican un agravamiento de la salud pública, la administración de los recursos es deficiente y gran parte de los programas establecidos para su rescate aún no han madurado. A continuación, insistiendo y puntualizando las ideas previas a través de un análisis empírico, se demuestra por qué es imperativo el hacer un esfuerzo por sanar el Sistema de Salud mexicano.

INTRODUCCIÓN

La salud es la base del bienestar social³, es la principal determinante de la capacidad de progreso de una nación (Weisbrod, 1961). De acuerdo al Secretario General de la OCDE no hay mejor inversión para el país que la salud de su gente, ya que de lo contrario, es más propenso a ser pobre. En México se protege a la población en cuestiones de salud por medio del artículo 4º de la Constitución Mexicana en donde se establece que “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...”. A su vez, la Secretaría de Salud, que es el principal órgano público avocado al cumplimiento de dicho artículo tiene como misión:

Contribuir a un desarrollo humano justo, incluyente y sustentable, mediante la promoción de la salud como objetivo social compartido y el acceso universal a servicios integrales y de alta calidad que satisfagan las necesidades y respondan a las expectativas de la población, al tiempo que ofrecen oportunidades de avance

¹ Los puntos de vista expresados en este documento corresponden únicamente a los autores y no necesariamente reflejan las ideas del ITESM.

² Ver Aristóteles.

³ José Ángel Gurría, Secretario General OCDE, 2011.

profesional a los prestadores, en el marco de un financiamiento equitativo, un uso honesto, transparente y eficiente de los recursos y una amplia participación ciudadana (Secretaría de Salud, 2012).

La sanidad es considerada un bien económico de lujo tanto para países desarrollados como subdesarrollados, pero algunas veces no recibe un lugar prioritario respecto a otros bienes y servicios (Cullis y West, 1984). Así mismo, puede ser considerado como una mercancía, pero su promoción y fomento son “indudablemente bienes públicos y el mercado tiene instrumentos poco efectivos para su desarrollo” (López, 2000). Sin embargo, es esencial para todo ser humano y puede ser considerada como una inversión en capital humano de largo plazo (Cullis y West, 1984), por lo que la intervención de gobierno para su promoción, resulta necesaria.

Las reformas y cambios del Sistema de Salud en México han marcado su estructura y desempeño. En 1943 se fusionó el departamento de salubridad pública y el de asistencia pública, creando así la Secretaría de Salubridad y Asistencia que más tarde dio origen a la Secretaría de Salud. En ese año se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que es una forma de seguridad social para todos los trabajadores y sus familias garantizando salud, asistencia pública, protección a medios de subsistencia y servicios sociales para el bienestar. En 1960 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) específicamente para aquellos trabajadores del servicio público. En 1979 se inició el programa IMSS-COPLAMAR, el cual se ha transformado hasta llegar a ser IMSS-Oportunidades y cuyo principal objetivo es brindar servicios de salud a las personas más vulnerables del país promoviendo igualdad de oportunidades (IMSS, 2012).

En 1985, se inició el proceso de descentralización para la población no asegurada la cual concluyó en el 2000. Esto modificó de manera importante la forma en que se financia el Sistema de Salud permitiendo que se diera autonomía a los municipios para canalizar los recursos a las zonas más necesitadas. En el 2003 se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) cuya función principal se realiza a través del Seguro Popular en consecuencia de una reforma estructural que entró en vigor en el 2004. Con él, se pretende solucionar los problemas existentes relacionados con el financiamiento del sistema, como el bajo nivel de gasto, la dependencia de financiamiento por parte de los asegurados, la distribución inequitativa de recursos, el desempeño financiero desigual de las entidades y la proporción decreciente del gasto dedicado a inversión (Frenk, 2004).

El seguro popular trabaja sustentándose en cinco pilares básicos: igualdad de oportunidades, inclusión social, justicia financiera, corresponsabilidad y autonomía personal. Con ayuda del mismo, en el 2012 se logró otorgar cobertura universal a los mexicanos (Calderón, 2012).

El presente capítulo tiene como objetivo realizar un análisis del sistema de salud en México, con el fin de identificar las debilidades más importantes, y buscar la manera de corregir algunos de los problemas encontrados. El trabajo está organizado de la manera siguiente: Primero se analizará la teoría económica ligada a la función de producción que

incluye a la salud como insumo del capital humano. Después se realizará una descripción de su estructura y financiamiento para comprender la complejidad del Sistema de Salud. Se continuará con un diagnóstico de la situación actual, en la cual se hace énfasis en los problemas estructurales y los problemas de salud más recurrentes en el país. Finalmente se realizará un análisis de aquéllos componentes positivos y negativos enfocados principalmente en la prevención y el Seguro Popular por su importancia y su alcance. Para concluir se elaborará una propuesta con el objetivo de ofrecer una mejora al Sistema, la cual consiste en aplicar un impuesto en comida poco saludable, en específico comida hipercalórica y refrescos gaseosos, a la par de un subsidio en comida más sana como frutas y verduras. Su finalidad es mejorar la salud física de las personas y disminuir el gasto público en enfermedades relacionadas con la mala alimentación para liberar presión financiera al sistema de salud y aumentar la calidad de vida de los mexicanos.

MARCO TEÓRICO Y REVISIÓN DE LITERATURA

La definición de la Salud, de acuerdo a la OMS, establece que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2012). Los principales determinantes de la salud son sociales y recaen en dos: los estructurales; y las circunstancias de vida que tengan las personas, incluyendo el lugar donde nacen, viven, trabajan y también el Sistema de Salud en donde se atienden. El peso que se le da a los factores sociales es muy fuerte por que repercuten directamente en la salud; estructuran los comportamientos relacionados con ella; profundizan la inequidad sanitaria y además interactúan mutuamente en la generación de la misma (OMS, 2009).

Una salud deficiente contribuye a la pobreza y esta, a su vez, contribuye a una mala salud. Dicho efecto se ve reflejado en los comportamientos de consumo que suelen causar desnutrición u obesidad en ciertos casos. A este aspecto, Strauss y Thomas (1998) identifican que la nutrición y la salud se ven reflejados e impactan el nivel de desarrollo al igual que los ingresos esperados. Los pobres gastan mayor proporción de su ingreso en comida y dado su limitado poder adquisitivo, obtienen la comida más a su alcance que suele ser de menor valor nutricional. La mala alimentación aunada a ciertas enfermedades, disminuye la habilidad de las personas para aprender, producir bienes y servicios y criar a niños más saludables, por lo tanto, la falta de acceso a la salud se correlaciona fuertemente con la pobreza (Lynn, 2003).

Algunos autores establecen la importancia de la salud como un requisito básico tanto para el desarrollo de capital humano, como el desarrollo económico de un país. Todaro y Smith (2006) establecen que la salud es un objetivo básico del desarrollo y un fin por sí mismo. Los autores mencionan que una mejora en salud y educación ayuda a las familias a escapar de los ciclos de pobreza en los que están atrapados, ya que amplían sus capacidades y mejoran su rendimiento y productividad. Por otra parte, Lynn (2003) reconoce que la calidad del ser humano se determina por el nivel de acceso a la salud y la educación a la que esté expuesto y estas determinan sus habilidades para trabajar y ganar un salario.

La salud también tiene un impacto en la función de producción agregada de la economía que depende de la tecnología y el trabajo. Todaro y Smith (2006), establecen que la salud es un insumo de dicha función y es un pre requisito para aumentar la productividad así como también puede ser un componente vital al crecimiento. Por lo tanto, invertir en salud trae consigo mayores beneficios que la salud en si. Implica una inversión en el capital humano, que no sólo mejora la calidad de vida, sino también un aumento en el ingreso de los individuos de manera permanente (Becker, 1993).

A continuación se realizará un breve análisis de la estructura y el financiamiento del Sistema de Salud, dada la importancia que este tiene en la población. Después de entender su funcionamiento se procede a identificar sus principales fortalezas y debilidades.

ESTRUCTURA Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

El Sistema de Salud en México está compuesto por diferentes grupos de instituciones que lo hacen un organismo amplio y complejo. A grandes rasgos, se divide en tres grupos: (1) Instituciones de seguridad social, (2) Sistema de atención dirigido a la población “abierto” o no asegurada (Secretaría de Salud y SESA); ambas forman el sector público. Por último, el (3) Sector privado. A continuación se mencionan las metas y objetivos de cada sector, así como su forma de financiamiento⁴.

Seguridad Social

La seguridad Social se divide en tres instituciones paralelas (IMSS, ISSSTE y PEMEX/SEDENA/MARINA), cada una con su propia infraestructura y servicios. Los derechohabientes cotizan cuotas obrero-patronales y se atiende a trabajadores del sector formal, a sus familias y a los jubilados. La Seguridad Social se financia mediante una contribución tripartita entre el gobierno, los empleadores y los trabajadores.

El IMSS es la Institución de Seguridad Social más grande de América Latina cuya misión es ser el instrumento básico de seguridad social ofreciendo un servicio público de carácter nacional. Brinda una serie de seguros que garantizan la tranquilidad y estabilidad para todos los trabajadores y sus familias. Tiene dos grandes vertientes; una como institución administradora de riesgos encargada de gestionar las contribuciones y recursos financieros para promocionar las prestaciones en especie y dinero, y otra como entidad de prestación de servicios, impulsando la salud de la población trabajadora asegurada y sus familias, así como la de los estudiantes, ofreciendo servicios preventivos y curativos médicos, de guarderías y además de prestaciones sociales y económicas. En el 2011, en el IMSS se atendieron 124,126,862 personas y se estima que en un día promedio se ofrecen 470,814 consultas y 721,834 análisis clínicos (IMSS, 2012).

⁴ La información acerca de las fuentes de los recursos y la distribución de los mismos en el Sistema de Salud es escasa y presentada de manera compleja. Se utiliza la información que se encuentra en fuentes oficiales.

Dentro del sector de Seguridad Social, las instituciones de mayor presupuesto por derechohabiente son SEDENA y Marina, seguidas por PEMEX e IMSS y por último ISSSTE. Dichas instituciones ofrecen diversos servicios que van desde consulta, atención dental, hospitalización general y de alta especialización, hasta préstamos en especie.

Secretaría de Salud y Servicios Estatales de Salud (SESA)

El objetivo de la SESA se centra en promover la salud pública y sanitarización a todas las personas que se auto emplean, a los trabajadores del sector informal y a los desempleados tanto del sector urbano como del sector rural (Secretaría de Salud, 2012). Cuenta con seis hospitales federales y cinco regionales de alta especialidad; entre ellas incluyen las áreas de endocrinología, dermatología, oncología, endoscopia, cirugía plástica y psiquiatría. Su financiamiento se realiza a través de contribuciones del gobierno federal y gobiernos estatales. Así mismo, cobra cuotas por atención según un tabulador socioeconómico y cuenta con una forma de aseguramiento que ofrece un paquete parcial de servicios. Las personas más pobres reciben subsidio para pagar dicho seguro y en zonas rurales y más marginadas se cuenta con el programa IMSS-Oportunidades que es financiado a partir de contribuciones gubernamentales estatales y cuotas de recuperación (Secretaría de Salud, 2012).

El Seguro Popular parte del sistema de protección Social en Salud y ofrece acceso igualitario de un aseguramiento médico público a la población no asalariada. Comenzó en el 2004 a nivel federal y beneficia a las personas que no cuentan con empleo o trabajan por cuenta propia y no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social y a sus familiares. En general, busca otorgar cobertura de servicios de salud: servicios médicos quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios incluyendo 284 intervenciones y más de 1500 enfermedades (Seguro Popular 2012).

El Seguro Popular se financia mediante subsidios y por recursos fiscales federales asignados en el Presupuesto de Egresos de la Federación y por una contribución de los asegurados. Es un sistema que consolida los recursos económicos, provenientes de diversas fuentes para financiar el costo de los medicamentos. De la misma manera, el modelo financiero del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) se sustenta de las aportaciones del gobierno federal, de las entidades federativas y la contribución de los afiliados conforme a su capacidad económica. La cuota por persona es equivalente a un 3.92% de su salario mínimo general vigente. La aportación solidaria federal por persona afiliada equivale a 1.5 veces el monto de la cuota social y el promedio nacional es de \$1,271.70 pesos. En algunos casos hay una aportación que es anual y progresiva conforme al nivel de ingreso familiar (Seguro Popular 2012).

Sector Privado

El sector privado consta de las instituciones de inversión privada donde los usuarios pagan los servicios recibidos de forma directa o a través de seguros de gastos médicos mayores. Suele ser utilizado por personas de la clase alta y media alta y generalmente, los

hospitales o clínicas suelen estar mejor equipados que los del sector público (Ruelas, 2012).

En conjunto, las tres instituciones han logrado que México otorgue cobertura universal; la cual asegura a todos sus ciudadanos el acceso al Sistema de Salud para atender sus necesidades médicas. El siguiente cuadro muestra el número de afiliados a cada institución del Sistema de Salud y el porcentaje de población total que representaron en el 2011.

Cuadro. Número de personas afiliadas al Sistema de Salud Mexicano a Diciembre 2011^a

	Número de personas afiliadas	Porcentaje de población
IMSS^b (TOTAL)	58,293,901	50.82
ISSSTE^c	12,204,784	10.64
Seguro Popular	40,353,787	35.18
PEMEX^d, SEDENA^e, SEMAR^f	1,112,654	0.97
Instituciones Privadas	2,053,248	1.79
Otras instituciones públicas	917,653	0.8

Fuente: Elaboración propia con datos del IMSS (2011).

^aLa población de diciembre se estimó a partir del Censo de Población y Vivienda 2010, considerando una tasa de crecimiento promedio anual de 1.4% (114,706,614 personas). Se hicieron algunos ajustes con base en la información de la fuente a manera de no sobrepasar el 100% en la tercera columna.

^bIMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

^cISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

^dPEMEX: Petróleos Mexicanos

^eSEDENA: Secretaría de Defensa Nacional

^fSEMAR: Secretaría de Marina.

DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA

Dentro del Sistema de Salud en México existen dos pilares fundamentales que se deben de abordar al elaborar un diagnóstico: los problemas estructurales y el aumento en enfermedades crónicas. En esta sección se identifican algunos de los principales problemas de ambos rubros con la finalidad de mostrar una fotografía de la situación actual para después proceder a su análisis.

Problemas estructurales

Los sistemas de salud en países en vías de desarrollo tienden a ser ineficientes. De acuerdo con el Reporte Mundial de Salud (2010) la mayoría de los países desperdicia entre el 20% y 40% de su gasto debido a la ineficiencia en los sistemas y a su administración. De hecho, la OCDE afirma que los costos administrativos de dichos servicios en México son los más altos de los países miembros, representando 12% del gasto en salud, cifra tres veces mayor al promedio de otros países de la OCDE.

Una de las principales causas de ineficiencia del Sistema de Salud, es la fragmentación de sus instituciones (principalmente, IMSS, ISSSTE, Seguro Popular) ya que recursos que pueden ser mejor utilizados y designados para aumentar la cobertura y reducir la desigualdad, son desperdiciados (Barraza-Lloréns, Bertozzi, González-Pier, Gutiérrez, 2002). Desde sus inicios, se establecieron organismos separados, cada uno con sus propios líderes, pacientes y administraciones, creando así incentivos para que cada uno crezca a expensas de otros (Barraza-Lloréns et al., 2002). La desigualdad en México se presenta de diversas formas, y en el acceso a los medios de salud no es la excepción, la fragmentación tiene un alto grado de distorsión, no sólo entre las instituciones de sector público, sino entre éstas y el sector privado, ofreciendo acceso inequitativo a diferentes subsistemas y con un grado muy alto de ineficiencia (Ruelas, 2012).

Las acciones llevadas a cabo en los últimos años han procurado reducir dicha disparidad. Algunas tendencias dejan ver los efectos de estos esfuerzos, la tasa de mortalidad infantil bajó de 178 por 1,000 nacidos vivos en 1930 a aproximadamente 18.8 por mil nacidos vivos en el 2005⁵ (Gómez y Partida, 1998). Para continuar con esta tendencia y a la vez reducir la desigualdad, se requiere de una serie de políticas que abarcan diferentes frentes. Por un lado es importante que se siga invirtiendo en servicios médicos en los municipios más desfavorecidos, pero por otro, se debe de fomentar la educación de las madres, ya que contribuye en mayor medida a la desigualdad en cuestiones de salud (Aguilera, Marrufo y Montesinos, 2005). Las mujeres se encargan del cuidado principal en la familia y por lo tanto, su conciencia ante estos problemas es crucial para la salud de los bebés y niños menores (Lynn, 2003).

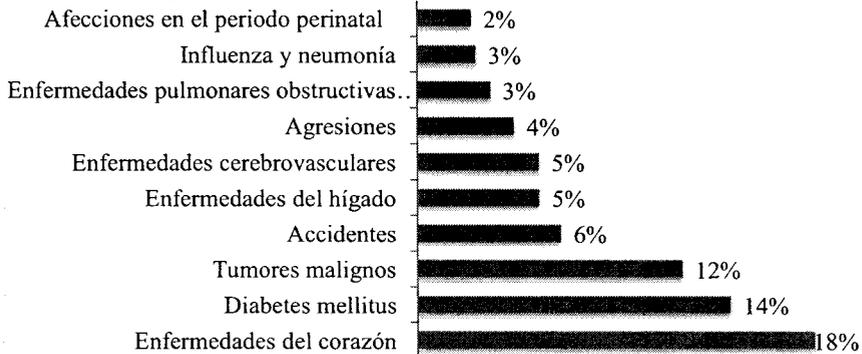
Otro problema persistente en el país es el alto costo de medicamentos. De acuerdo con datos de la OCDE (2010) México tiene el índice de precios de medicamentos más alto y el segundo menor gasto per cápita en productos farmacéuticos, sólo después de Chile, gastando \$249.9 dólares anuales cuando la media es de \$496. Dado lo anterior, son pocas las familias mexicanas que están dispuestas a pagar por medicamentos y las que lo hacen, incurrir en gastos muy altos que pueden llegar a ser catastróficos.

Enfermedades crónicas

Bridar salud a la población es un reto que se complica más con el paso del tiempo. El cambio de hábitos incrementa la recurrencia de enfermedades crónicas. En la actualidad el índice de mortalidad en el país es de 5.1 de cada mil habitantes (CONAPO, 2012). En el 2010 la causa principal de muerte fue las enfermedades del corazón afectando a 105,144 personas (INEGI, 2012).

⁵ Gómez y Partida (1998), Secretaría de Salud (2004), Secretaría de Salud (2007).

Gráfica 1. Principales causas de muerte en 2010 en México



Fuente: Elaboración propia con datos del la INEGI, 2012.

La gráfica 1 muestra las causas más recurrentes de muerte en el país en el año 2010. Algunas de estas defunciones pueden ser, hasta cierto punto, prevenibles. Tal es el caso de las enfermedades de hígado, enfermedades isquémicas del corazón, ciertos tipos de cáncer que se incluye en el rubro de tumores malignos y la diabetes que está ligada a la obesidad.

La obesidad y la diabetes son algunos de los padecimientos que afectan a la población mexicana en gran proporción y que el Sistema de Salud debe abordar para garantizar una mejor calidad de vida de sus habitantes. De acuerdo al Banco Mundial, el 15.89% de la población mexicana de entre 20 a 79 años de edad padecía de diabetes en el 2011 (World Bank, 2012). Lo anterior convierte a México en el país con más diabetes dentro de la OCDE, y sólo detrás de Guyana, Egipto y Arabia Saudita a nivel mundial.

De la misma manera es importante mencionar que en los últimos 30 años México ha pasado a ser uno de los países más afectados con la obesidad. Dicha enfermedad es más común entre la gente pobre y de nivel educativo bajo. En varios países de la OCDE las mujeres tienen el doble de probabilidad de padecer sobrepeso que aquellas más educadas (Sassi, 2010).

En México, el 70% de la población adulta padece de sobrepeso y de ellos, el 31% es obesa. En niños y jóvenes las cifras también son altas; se estima que el 31% de la población de entre 5 y 19 años tiene sobrepeso y que uno de cada tres niños es obeso. Dichos datos son alarmantes por la cantidad de enfermedades ligadas a la obesidad. Para ilustrar su magnitud, se estipula que si el problema se agravara, sería necesario el trasplante de 150 mil riñones con un costo aproximado de 7 mil 500 millones de pesos. Por lo tanto, mejorar la eficiencia del Sistema de Salud es necesario para combatir y prevenir estos padecimientos (Presupuesto de Egresos de la Federación, 2011).

Para hacer frente a las enfermedades crónicas y la obesidad, se contempló en el Presupuesto de Egresos de la Federación (2011) contar con 200 grupos de ayuda mutua

acreditada, la operación de 182 unidades de especialidades médica, la capacitación a 8,500 profesionales de la salud y actualización de 3 normas oficiales mexicanas. Además se implementó la estrategia denominada “5 pasos por tu salud”, así como la instalación del Consejo Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles (Presupuesto de Egresos de la Federación, 2011).

Por otra parte, el alto nivel de pobreza en el país⁶, trae consigo grandes problemas de salud. Uno de ellos es la alta tasa de desnutrición, la cual está siendo más recurrente en las regiones con menor desarrollo humano. El dato más reciente del banco mundial fue del 2006 cuando reportó una tasa de 3.4% en niños menores de 5 años, mientras en países desarrollados es de 1.7% (World Bank, 2012, b). El acceso a un buen cuidado de salud durante la niñez es uno de los factores de mayor impacto en el bienestar de una persona, un trato deficiente durante los primeros años limita el desarrollo físico y cognitivo (Glewe y Jacoby, 1995). Es por esto que Aguilera, Marrufo y Montesinos (2005), aseguran que las políticas enfocadas a aumentar el acceso y la utilización de los servicios de salud en los niños es un componente esencial en los programas de alivio de pobreza en México. Las acciones realizadas para combatir este problema se llevan a cabo a través del programa Desarrollo Humano Oportunidades-Salud.

A continuación se procede a realizar un análisis del Sistema de Salud, en donde se hará énfasis en aquellos problemas latentes que tienen gran repercusión dentro del país.

ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD

El Sistema de Salud mexicano es complejo y su funcionamiento no se encuentra a cargo de una sola institución o nivel de gobierno, por lo cual analizar sus éxitos y fracasos resulta complicado. Por lo anterior el presente estudio busca enfocar la atención en los asuntos más relevantes en cuanto a los programas y acciones llevadas a cabo en el último sexenio, así como aquellos a los que se les ha dado continuidad. En específico se enfocará en dos asuntos esenciales; el Seguro Popular por su reciente introducción y alcance en el país, y la prevención de la salud, ya que según la OCDE (2011) es vital para evitar miles de muertes por enfermedades crónicas cada año; las cuales tienen un alto grado de incidencia en el país.

Es importante mencionar que debido a la naturaleza de la investigación, algunos datos oficiales se encuentran rezagados, por lo cual con el fin de hacer que esta sea lo más completa posible se hará uso de la información disponible más reciente; ya sea de fuentes oficiales o de notas periodísticas u otros medios de información.

⁶ De acuerdo al CONEVAL 2010, en México hay 52 millones de pobres (46.2% de la población.)

Seguro Popular

El Seguro Popular fue una medida innovadora que se aplicó para mejorar el funcionamiento del Sistema de Salud dirigido a la población no derechohabiente de la Seguridad Social. Su financiamiento promueve la transferencia económica de estados más ricos hacia los más pobres, mejorando la calidad de vida a través de servicios de salud. Aunado al Seguro Popular, se creó el Fondo de protección contra Gastos Catastróficos, que aporta recursos económicos para la intervención de enfermedades de alta especialidad entre ellas: el cáncer cérvico-uterino, de mama, testicular, de próstata, ganglionar, VIH/sida, trasplantes de médula ósea, de riñón y de córnea, entre otros (Seguro Popular, 2012).

Antes de la reforma que promovió estos avances, cerca de la mitad de la población mexicana carecía de seguro y más de la mitad se veía en la necesidad de recurrir a gastos de su propio bolsillo. Esto representaba alrededor de cuatro millones de familias incurriendo en pagos excesivos que hoy ya no son necesarios (Secretaría de Salud, 2006). Es por esto que el Seguro Popular ha sido un éxito en su objetivo de acercar a su población hacia la cobertura universal, así como el de reducir la incidencia de gastos catastróficos de los usuarios. Así mismo, antes de este seguro, México invertía únicamente el 5.8% del PIB en salud, equivalente a \$357 dólares per cápita. En el 2010, después de su implementación, se invirtió el 6.2% del PIB, equivalente a \$916 dólares per cápita (OCDE, 2012). Sin embargo, aunque se ha logrado reducir los gastos catastróficos, queda mucho por hacer, ya que México sigue siendo uno de los países con menor gasto per cápita dentro de los países de la OCDE, sólo seguido de Turquía.

Aunque su aplicación representa un logro en el Sistema de Salud, esto es tan sólo el primer paso para proporcionar asistencia médica de mejor calidad a quienes lo necesitan, ya que el gasto complementario en bienes y servicios de salud aún representa el 4.5% del consumo final de los hogares en México, un 50% más que el promedio de la OCDE.

Dada la cobertura y financiamiento del Seguro Popular, de acuerdo a la OCDE, es un ejemplo para los demás países sobre cómo lograr resultados equitativos sin perjudicar la sostenibilidad fiscal del sistema. Sin embargo, no puede esperarse que este mecanismo resuelva todos los problemas del sistema mexicano de salud. Tal y como se expone en Vanegas (2010), al decir que no cree del todo evidente que el implementar el seguro popular sea la solución más conveniente para ampliar la cobertura, ya que prevalecen grandes ineficiencias en el sistema. Es conveniente para el país encontrar financiamiento adicional y mejorar la eficiencia de las prestaciones en el sector público.

La reforma que logró que se creara el Seguro Popular, contribuyó a mejorar el desempeño del Sistema de Salud al cumplir los objetivos principales del Plan Nacional de Desarrollo para el sexenio 2007-2012. Se mejoraron las condiciones de la población y se redujo la desigualdad en salud a través de intervenciones hacia grupos vulnerables; se aumentaron los recursos de la población previamente no asegurada y se logró una disminución de la inequidad en la distribución de estos recursos entre estados; se mejoró la calidad de los servicios así como el trato y la satisfacción de los usuarios y han

disminuido los gastos catastróficos (Secretaría de Salud, 2007). Un estudio realizado en Colima y Campeche para el 2005 encontró que la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico fue 8% menor comparado con los hogares que no estaban afiliados al Seguro Popular (Hernández-Torres, Avila-Burgos, Valencia- Mendoza, Poblano-Verástegui, 2008).

Dado los resultados anteriores, la Dirección General del Desempeño de la Secretaría de Salud estableció que los logros del Seguro Popular se han trasladado como acciones positivas dirigidas hacia la población más necesitada, mejorando la calidad de vida de los mexicanos. King et al. (2009) también corroboran este resultado, mencionando que se ha logrado disminuir los gastos catastróficos, de acuerdo al grupo de ingreso en el que se encuentren, no obstante beneficiando en mayor proporción a las familias mexicanas más pobres.

Por otro lado, existen algunas instituciones las cuales han evaluado el programa, entre ellas el CONEVAL (2012) quien concluyó que este fue diseñado y estructurado en forma sólida y consistente y que las metas de afiliación y gestión se están cumpliendo; se lograron ampliar los servicios y la cobertura de las enfermedades. Sin embargo, también resalta las debilidades a nivel federativo y la falta de indicadores con la capacidad de dar seguimiento al acceso efectivo y a los servicios de salud y sus impactos. Así mismo, King, Gakidou, Imai, Lakin, Moore, Nall, Ravishankar, Vargas, Tellez-Rojo, Hernández, Hernández y Hernández (2009) tras la evaluación del programa aseguran que los recursos sí llegan a los pobres pero no logran atribuirle más efectos a los tratamientos dado el seguimiento a los evaluados y la corta duración de los tratamientos (10 meses).

Prevención de la Salud

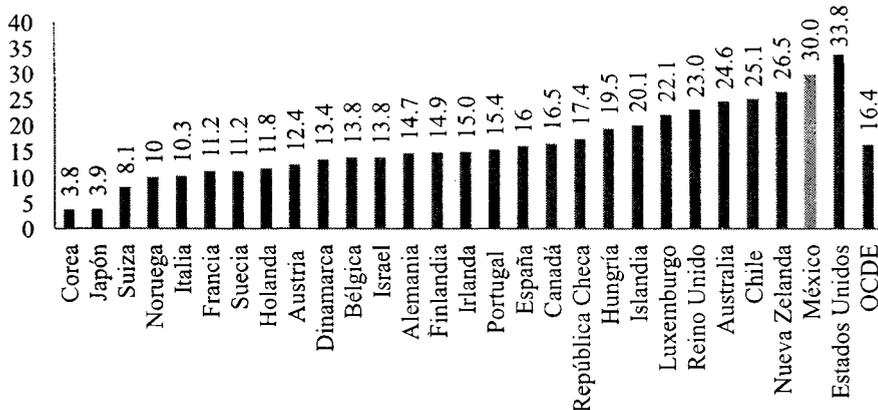
Aún y cuando se conocen los beneficios de la prevención de enfermedades, tanto para el gasto de bolsillo, como de la salud misma, su ausencia causa que un número elevado de personas padezcan enfermedades. La Secretaría de Salud, a través del Programa Nacional de Salud 2007-2012 (2007), estimó que en México, alrededor del 38% de las 2.3 millones de muertes entre el 2000 y 2004 eran evitables.

Bajo dicho contexto el tema de prevención juega un papel importante en la salud de los mexicanos. Según los datos de la OCDE (2005), México destinaba el 7.3% del gasto público en sanidad a la prevención y salud pública, sólo por debajo de Canadá y Nueva Zelanda, y muy por arriba del promedio de los países miembros de dicha organización, que representaba 3.1%. Su implementación ha dado resultados significativos en la prevención de enfermedades infecciosas y es atribuible a la campaña de vacunación, la cual sobrepasa el 90% de la cobertura nacional y ha modificado el perfil epidemiológico y demográfico de manera considerable. Años atrás, la diarrea era la causante de alrededor de 14% de las muertes, mientras que en la actualidad dicho porcentaje se ha visto reducido a 1% (Ruelas, 2012). Sin embargo, y aunque el gasto destinado a la prevención es de los más altos de los países miembros de la OCDE, también es cierto que la efectividad en asuntos relevantes para la salud de la población mexicana presenta

carencias significativas, en donde las defunciones causadas por enfermedades no trasmisibles han aumentado, pasando de 44% al 74% (Ruelas, 2012).

La obesidad se ha vuelto uno de los temas prioritarios en la salud pública, tanto por su incidencia como por los altos costos que representa y el incremento en la probabilidad de otros padecimientos crónicos. La gráfica 2 muestra la tasa de obesidad presente en la población adulta para el año 2009, en donde se observa que México ocupa uno de los niveles más altos dentro de los países miembros. Por otra parte, se estima que la obesidad, a nivel mundial, es responsable del 1% al 3% del total de los gastos de atención médica⁷. Además, para las personas con problemas de obesidad estos son por lo menos 25% mayores en comparación con la gente con peso normal, hecho que conlleva a una reducción en la esperanza de vida (Sassi, 2010).

Gráfica 2: Tasa de obesidad en la población adulta en los países de la OCDE en 2009.



Fuente: Elaboración propia con datos de salud de la OCDE, 2011.

El costo directo asociado al sobrepeso y la obesidad, se incrementó en un 61%, al pasar de \$26,283 millones de pesos en el 2000 a \$42,246 millones de pesos en el 2008, lo que representa el 33% del gasto público federal que se destina a la salud (Gobierno Federal, 2010). Dentro de los efectos indirectos negativos a nivel global, se encuentran la reducción en las posibilidades de contratación, debido a la asociación del padecimiento con una menor productividad⁸ que llega a reducir el salario de una persona hasta 18%. En México en el 2008, dicho costo llegó a ser de \$25,099 millones de pesos (Gobierno Federal, 2010). Por otra parte, los costos de acciones preventivas en contra de la

⁷ En Estados Unidos se encuentra alrededor del 5-10% y se espera una situación semejante en México debido al porcentaje de obesos en el país en el 2009.

⁸ Las personas con obesidad demandan más beneficios por invalidez y tienden a ser menos productivos en el trabajo que la gente de peso normal (Gobierno Federal, 2010).

obesidad, según Sassi (2010), es de \$12 dólares per cápita en México, lo cual representa un precio bajo en comparación con las pérdidas asociadas al problema, sin embargo, son muy necesarias y se necesita más educación nutricional y promoción del ejercicio (Muñoz- Hernández, Cherorivski Woldenberg, Cortés Gallo y Pérez Cueva, 2012).

Relacionado con la obesidad, la diabetes se encuentra dentro de las principales causas de muerte del país y también resulta una de las enfermedades más costosas, ya que se le destina alrededor del 20% del gasto público en salud (Programa Nacional de Salud 2007-2012, 2007). En el 2010, existían 11.5 millones de diabéticos y se estima que en el 2030 la cifra ascienda a más de 30 millones (Ruelas, 2012), lo cual además de ser un problema muy grave en el país debido a la cantidad de enfermos, representará en el futuro un problema para la sostenibilidad financiera del Sistema de Salud mexicano.

En el 2010, las enfermedades del corazón representaban la primera causa de defunciones en el país. En particular, la cardiopatía isquémica es responsable de más de la mitad de las muertes. Dentro de los principales factores de riesgo relacionados con esta enfermedad se encuentran: el consumo excesivo de grasa de origen animal, el sobrepeso, el tabaquismo, la hipertensión arterial, el sedentarismo, el estrés y la diabetes. Otro factor que influye en un número elevado de muertes en el país es el alcoholismo. Datos del Programa Nacional de Salud 2007-2012 (2007) muestran que en el 2005, 27,584 muertes fueron a causa de enfermedades crónicas del hígado, de las cuales el 85% fueron de cirrosis hepática, padecimiento altamente vinculado al consumo excesivo de alcohol.

La muerte prematura de personas que se encuentran en edad económicamente activa (de 14 a 65 años) afecta a la productividad del país de manera directa. Según Sassi (2010) algunas medidas tomadas por parte del gobierno, tales como educación en salud y la promoción, reglamentación y medidas fiscales, así como consejos de estilo de vida por parte de los médicos familiares, son mejor inversión que muchos de los tratamientos proporcionados por el Sistema de Salud de la OCDE. Si lo anterior es combinado con una estrategia efectiva de prevención, se podrá formular una solución factible al problema (Sassi, 2010), la cual prevendría alrededor de 55,000 muertes por enfermedades crónicas en el país aumentando la productividad nacional y beneficiando el bienestar social.

Finalmente, es importante considerar la estructura poblacional para entender el gasto en salud y así mismo, poder prever futuros costos y complicaciones que puede tener el sistema en el largo plazo. En México de acuerdo al Censo de Población y Vivienda del 2010 se registraron 112,336,538 personas, de las cuales 57,481,307 (51.2%) eran mujeres y 54,855,231 (48.8%) eran hombres. Así mismo, la mayor parte de la población se concentraba en niños de 0 a 19 años, siendo los niños un punto porcentual mayor que las niñas. Por otra parte, sólo el 6% de la población era mayor de 65 años. Sin embargo la tasa de fecundidad ha ido disminuyendo paulatinamente desde los años 70 (INEGI, 2012, b) y se ha creado un proceso de envejecimiento de la población que en el futuro implica un aumento de costos para el sistema. De acuerdo con Cullis y West (1982) las personas de la tercera edad y los niños requieren más servicios de salud así como también lo requieren más las mujeres que los hombres y por lo tanto, el gasto que se destina debe ser

más grande dependiendo de la distribución poblacional y los problemas de salud específicos de cada grupo.

El Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (2012) estima que para el año 2050, el rango de edad de mayor presencia en la población será de personas que estén entre los 60 a 64 años de edad y que la proporción de adultos mayores pasará a ser de 28%. Se debe de invertir en salud para personas de edad avanzada, ya que aunque en la actualidad no representen una gran proporción de la población, en un futuro cercano, la pirámide poblacional tenderá a revertirse y traerá consigo nuevos retos. Este cambio demográfico potencialmente afectará a la sustentabilidad del sistema de seguridad social, ya que se pronostica un cambio de demanda en los servicios que ofrecen estas instituciones. Así mismo se espera que el sistema tenga que afrontar nuevas enfermedades presentes en los adultos mayores ya que implican tratamientos más costosos y mayores periodos de hospitalización (CIEP, 2012).

PROPUESTA

A continuación y dado el análisis realizado en la sección anterior, se presenta una propuesta que se podría realizar para mejorar el Sistema de Salud en el país, ayudando a combatir algunos de los principales problemas que enfrenta la población mexicana.

La salud depende en parte de la alimentación y del nivel de nutrición asociada a la elección de los alimentos. La designación de una canasta alimenticia deficiente provoca dos problemas que parecieran ser opuestos, pero la realidad es que están relacionados: la desnutrición y la obesidad.

Uno de los estratos poblacionales con mayor riesgo de padecer dichos problemas es el de los niños de familias de menores ingresos los cuales reciben, en ocasiones, nutrición prenatal insuficiente; alimentos saturados en calorías, grasas, azúcares, sal y carentes de micronutrientes (OMS, 2012). A su vez, los niños que se desarrollan en un estado de desnutrición almacenan más grasas en comparación a las proteínas, esto provoca una tendencia a desarrollar sobrepeso u obesidad en edades adultas. En un estudio con un muestreo de niños mexicanos de 1 a 4 años de edad, se observó que el 48% de las calorías, 39% de las proteínas, 56% de las grasas y 44% de los carbohidratos de su dieta provienen de alimentos procesados en donde se pueden encontrar hipercalóricos de bajo valor nutricional (González-Castell, González-Cossío, Barquera y Riviera, 2007).

La obesidad, fungiendo como agresor de la salud, disminuye la productividad del individuo (Rodbard, Fox y Grandy, 2009), es una epidemia que reduce la calidad y la esperanza de vida (OCDE, 2012) y se considera igual o más dañina que fumar, por lo que representa un gran costo para el bienestar social. Se estima que dicha reducción puede ser de hasta 20 años, que en los jóvenes adultos representa una disminución del 22% de su longevidad (Fontaine, Redden, Westfall y Alisson, 2003). A su vez, el exceso de peso puede provocar otras enfermedades nocivas (Jia y Lubetkin, 2010) mismas que se mencionaron en la sección anterior.

Debido a la elevada incidencia y las complicaciones de las enfermedades vinculadas a la mala alimentación, éstas deben ser prioritarias en el tema de salud pública (UNICEF, 2012). Es por eso que la presente propuesta incluye un impuesto al consumo de los alimentos que incrementan la probabilidad de sobrepeso, obesidad y diabetes, así como un subsidio a los alimentos más sanos que podrían reducir dichos padecimientos y disminuir la desnutrición en el país.

Dado el alto consumo de alimentos hipercalóricos y bebidas gaseosas en la sociedad mexicana se considera que el aplicar un impuesto al consumo del al menos 20% en comida chatarra y bebidas gaseosas, podría reducir la incidencia de enfermedades relacionadas a la mala alimentación. Es una alternativa viable para combatir en cierta proporción los problemas más recurrentes de salud en México y prevenir muertes prematuras. Para efectos prácticos, se considera a la comida chatarra cualquier alimento hipercalórico, rico en grasa, sal y azúcares, y a su vez, pobre en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, consecuentemente su valor nutricional es deficiente (OMS, 2012).

Se aplicaría a la vez, y financiado mediante los impuestos recaudados, un subsidio a algunos alimentos más nutritivos como las frutas y verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos. Esto permitiría a las personas de bajo ingreso, no disminuir su gasto en alimentos, sino redirigir su consumo hacia aquellos más saludables y ricos en nutrientes, que antes eran relativamente más caros.

Se ha comprobado que un pequeño cambio en el precio de alimentos no produce un efecto significativo en la prevalencia de obesidad y para que un impuesto tenga un impacto en el patrón de consumo, este debe ser superior al 20% de su costo original (Mytton, Clarke y Rayner, 2012). Esto se comprobó en Estados Unidos y es relevante para México ya que los patrones de consumo y hábitos alimenticios, así como el porcentaje de población obesa, es similar en ambos países (OCDE, 2012). Sin embargo, se debe de tomar en cuenta la elasticidad del precio en dichos productos para establecer un monto adecuado del impuesto que logre un cambio significativo en el patrón de consumo (OCDE, 2012, b).

Por otra parte, se cree que un impuesto de esta naturaleza puede incentivar a las empresas a producir alimentos más saludables y mejorar el valor nutrimental de sus productos para disminuir el riesgo de menores ganancias como consecuencia de la nueva carga impositiva (Mytton et al., 2012).

Algunos impuestos a los productos no saludables se han implementado en países como Dinamarca, Francia, Finlandia y Hungría para desincentivar la ingesta de estos y reducir los problemas asociados a la mala nutrición (Mytton et al., 2012). En el 2011, Dinamarca fue el primer país en introducir un impuesto a los alimentos con alto nivel de grasa saturada con el fin reducir los factores de riesgo de la obesidad y promover la actividad física (Olejaz, Juul Nielsen, Rudkjøbing, Okels Birk, Krasnik, Hernández-Quevedo, 2012). En Finlandia se aplicó en dulces, helados y bebidas gaseosas (Johnson, 2012). En Francia se prohibió la venta de productos azucarados y bebidas gaseosas en escuelas y se

trabajó en conjunto con industrias alimenticias para aumentar la promoción de productos saludables (Cases, Chevreul, Meunier, Mousques, Or, 2006). Siguiendo este patrón, Hungría aplicó impuestos similares.

A pesar de que no se ha comprobado empíricamente el resultado de un impuesto a la comida chatarra, se espera que este sea progresivo en la salud, es decir, que tenga beneficios positivos para la sociedad. A pesar de que en el corto plazo puede traducirse en una reducción del poder de compra de las personas, en el largo plazo, se espera que el impacto sea positivo al mejorar la salud y la calidad de vida de la población. De acuerdo a Mytton et al., (2012) un impuesto de esta magnitud tiene mayor efecto en las personas pobres, jóvenes y aquéllos quienes presentan mayor riesgo de sobrepeso por la elasticidad ingreso de la demanda de dichos productos. Esto fue el caso en Estados Unidos, al aplicar un impuesto similar sobre el consumo del tabaco, el cual proporcionó mayor beneficio a los pobres, quienes tienen una mayor sensibilidad al precio, brindándoles una mejora a su salud al reducir su consumo excesivo (Gruber y Köszegi, 2008).

Existen otras posturas respecto al tema, W.W. en un artículo de *The Economist* (2011), argumenta que el objetivo de una carga impositiva no debería estar focalizado a la comida sino a las personas. El impuesto debe de ser en base a ciertos indicadores que ayuden a determinar si la persona realiza buenos (o malos) hábitos de consumo y cuidado personal, incentivando así el cuidado de la salud a través de las preferencias alimenticias.

En el largo plazo, se esperaría que el Sistema de Salud se beneficie por la disminución en la obesidad y la diabetes de su población ante el cambio en los hábitos de consumo. En consecuencia, los costos para el Sistema de Salud también se reducirían. Así mismo, se aumentaría la productividad total de los trabajadores debido a las mejores condiciones físicas y mentales de las personas, al mismo tiempo que se disminuirían las muertes prematuras de la población en edad económicamente activa, generando un beneficio social. Finalmente, gracias al subsidio, habría una mejor alimentación y por lo tanto, una menor desnutrición en el país aprovechando el mejor desarrollo en las etapas más importantes de la infancia, impactando el futuro del país.

Si bien es cierto que a través de la implementación de la propuesta anterior, se espera una reducción de los costos del Sistema de Salud, no se debe olvidar que este también padece de problemas relacionados con su financiamiento que deben ser abordados con prontitud para garantizar su sustentabilidad en el largo plazo entre ellos la sostenibilidad del sistema. A pesar de la ausencia de datos específicos sobre las fuentes de los recursos para el financiamiento del sistema, 1 de cada 3 pesos del gasto público total provienen de los ingresos petroleros (Pemex, 2011). Dada la naturaleza del recurso no renovable, se debe de buscar una alternativa sostenible para el financiamiento del gasto público, entre ellos la salud. En el presente capítulo no se abordará de manera extensiva una forma de resolver el problema dada la complejidad del tema, sin embargo, la experiencia en Holanda puede servir como punto de referencia para buscar soluciones al problema.

Holanda logró, al igual que México, la cobertura universal en salud, gracias a una reforma en la que por ley, todas las personas deben de contar con un seguro de gastos

médicos privado que se ofrece a través de 30 aseguradoras diferentes a precios competitivos y de alta calidad. En este país, el financiamiento se realiza a través de un esquema de 3 niveles. Primero, un impuesto universal que cubre 50% de los gastos totales principalmente los costos de “largo plazo”, que se refiere a los de la vejez o de la discapacidad. Así mismo, se usa un seguro de salud básica que incluye servicios curativos, hospitalarios y de medicinas. Finalmente, se ofrece un seguro suplementario para los servicios que no están cubiertos por los primeros dos, el cual es opcional dependiendo de las necesidades y preferencias de los usuarios (Van Gameren, 2010).

La experiencia en Holanda muestra que es necesaria una reforma comprensiva al sector de salud y que se debe de tomar en cuenta una estructura que asegure su financiamiento y sustentabilidad. A su vez, la Organización Mundial de la Salud (2010) explica que la forma más eficiente y equitativa para aumentar la cobertura en salud es un fondo de prepago y que es imperativa la aplicación de políticas financieras que se puedan monitorear y modificar en algún periodo de tiempo.

En conclusión, el tema de salud es uno muy amplio y complejo, pero a su vez fundamental para todos los miembros de la sociedad. Es una condición esencial para el desarrollo económico y es un insumo importante en la función de producción agregada de la economía como parte del capital humano. En México, el Sistema de Salud es el encargado de garantizar este derecho a toda la población a través de sus diferentes instituciones y con el uso de una serie de reformas han logrado alcanzar la cobertura universal en el país. Sin embargo, la sustentabilidad financiera del sistema es cuestionable y los patrones alimenticios de la sociedad imponen una carga más grande al aumentar el número de enfermedades crónicas y por ende, el aumento en el gasto público para tratar de combatirlas. Por lo tanto, es imperativo desarrollar nuevas reformas que sean capaces de prevenir padecimientos como la diabetes y la obesidad para reducir su incidencia en el gasto público, y así mejorar la calidad de vida de la población, tal puede ser el caso de un impuesto a la comida chatarra, aunado a un subsidio a ciertos alimentos nutritivos. Finalmente, también es necesaria una reestructuración de la forma en la que se financia el sistema para asegurar su sostenibilidad y la calidad de sus servicios en el largo plazo, así como reducir su dependencia en los excedentes del petróleo. El reto es adentrarse aún más en las particularidades de la salud en México como un todo, hacer su administración más eficiente y usar las herramientas necesarias para no sólo curar enfermedades, sino además cambiar la vida de la sociedad en condiciones desfavorables. Es un compromiso de todos ya que la injusticia social y los obstáculos sanitarios están acabando con la vida de muchas personas y a su vez está deteriorando el desarrollo del país.

REFERENCIAS

- Aguilera, N., Marrufo, G. M., & Montesinos, A. (2005). *Desigualdad en salud en México: un Análisis de sus Determinantes*. Universidad Iberoamericana, 1a edición, Obtenido el 24 de Agosto de 2012 de:
<http://www.uia.mx/campus/publicaciones/IIDSES/pdf/investigacion/idses10.pdf>

- Barraza-Lloréns, M., Bertozzi, S., Gonzalez-Pier, E. y Gutiérrez, J. P. (2002). Addressing Inequity In Health And HealthCare In Mexico. *Health Affairs*, 21(3), 47-56.
- Becker, G. (1993). *Human capital*. Chicago University, Chicago EEUU.
- Calderón H., F. (2012). El presidente habla sobre cobertura universal [Video]. Obtenido de <http://www.presidencia.gob.mx/2012/08/mensaje-del-presidente-calderon-sobre-salud/>. Recuperado el 21 de septiembre de 2012.
- Cases, C., Chevreul, K., Meunier, N., Mousques, J. y Or, Z. (2006). Interview with Xavier
- Bertrand, French Minister of Health. *Eurohealth*, 12 (3), pág. 12-15. Obtenido el 2 de Noviembre de 2012:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/80478/Eurohealth12_3.pdf.
- CIEP. (2012) *El cambio demográfico y las finanzas públicas de México*. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. D.F, México.
- CONAPO (2012). *Indicadores demográficos básicos 1990-2030*. , Obtenido el 20 de Octubre de 2012 de
http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indicadores_demograficos_basicos.
- CONEVAL. (2010). *Porcentaje de la población en pobreza según entidad federativa, 2010 Estados Unidos Mexicanos*. Obtenido el 26 de Agosto de 2012 de
<http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/index.es.do>
- CONEVAL. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, (2012). *Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2010-2011: Valoración de la Información Contenida en el Sistema de Evaluación del Desempeño (SED)*. Obtenido el 1ero de Noviembre de:
http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/evaluaciones/eed10_11/seguro_popular/completo.pdf
- Cullis, J., y West, P. (1984). *Introducción a la Economía de la Salud*. Desclée de Brouwer S. A. Canarias, España.
- Fontaine, K. R., Redden, D. T., Wang, C., Westfall, A. O. y Allison, D.B. (2003). Years of Life Lost Due to Obesity. *The Journal of the American Medical Association*, 289(2), 187-193.
- Frenk, J. (2004). *Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México*. Secretaría de Salud, México.

- Glewe, P., y Jacoby, H. (1995), An Economic Analysis of Delayed Primary School Enrollment and Childhood Malnutrition in a Low Income Country, *Review of Economics and Statistics*, 77(1), 156-169.
- Gómez de León, J. y Partida, V. (1998), *Sesenta y Cinco Años de Mortalidad en México, una Reconstrucción Demográfica 1930-1995*, México, Consejo Nacional de Población.
- González-Castell, D., González-Cossío, T., Barquera, S. y Rivera, J. A. (2007). Alimentos Industrializados en la Dieta de los Preescolares Mexicanos. *Salud Pública de México*, 49(5), 345-356.
- Gobierno Federal, (2010). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad*. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud, México D.F., Primera edición.
- Gruber, J., y Köszegi, B. (2008). Una Perspectiva Económica Moderna de los Impuestos sobre el Tabaco. *Unión Internación Contra la Tuberculosis y la Enfermedad Pulmonar*. París, Francia. Bloomberg Philanthropies.
- Gurría, J. Á. (2011). *Los retos de la salud en México, México y los Indicadores de Salud de la OCDE*. Auditorio "Raoul Fournier Villada", Facultad de Medicina, UNAM, México Ciclo de Conferencia y Symposia: "Los retos de la salud en México". Obtenido el 21 de Septiembre de 2012 de: <http://www.oecd.org/centrodemexico/medios/losretosdelasaludenmexico.htm>.
- Hernández-Torres, J., Ávila-Burgos, L., Valencia-Mendoza, A., Poblano-Verástegui, O. (2008). Evaluación Inicial del Seguro Popular Sobre el Gasto Catastrófico en Salud en México. *Salud Pública*. 10(1), 18-32.
- IMSS. (2012). *IMSS - OPORTUNIDADES*. Obtenido el 21 de Septiembre de 2012 del Instituto Mexicano del Seguro Social: <http://www.imss.gob.mx/programas/oportunidades/Pages/introducc.aspxmi>.
- INEGI (2012). Causas de Defunción. Obtenido el 18 de Octubre de 2012 de <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>
- INEGI (2012, b) Censo de Población y Vivienda 2010. Obtenidos el 18 de octubre de 2012 De: http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=cpv10_pt.
- Jia, H., y Lubetkin, E. I. (2010). Trends in Quality-Adjusted Life-Years Lost Contributed by Smoking and Obesity. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(2), 138-144.

- Johnson, C. (2012). Finland: Proposal to Extend Sugar Tax. *The Library of Congress*.
Obtenido el 30 de Octubre de 2012 de:
http://www.loc.gov/lawweb/servlet/lloc_news?disp3_1205403242_text
- King, G., Gakidou, E., Imai, K., Lakin, J., Moore, R. T., Nall, C., Ravishankar, N., Vargas, M., Tellez-Rojo, M., Hernández, J. E., Hernández, M., & Hernández, H. (2009). Public Policy for the Poor? A Randomised Assessment of the Mexican Universal Health Insurance Programme. *The Lancet*, 373(9673), 1447-1454.
- López, S. (2000). La Salud en el Contexto de la Nueva Salud Pública. *Salud Pública de México*. 42(4), 370-372.
- Lynn, S. R., (2003). *Economic Development: Theory and Practice for a Divided World*. New Jersey, USA: Prentice Hall.
- Muñoz Hernández, O., Chertorivski Woldenberg, S., Cortés Gallo, G., Pérez Cueva, Ricardo (2012). The Medical Insurance For a New Generation; A Variable Answer for the Health and Needs of Mexican Children. *Salud Pública de México*, 54(1), 3-10.
- Mytton, O., Clarke, G., Rayner, M (2012). Taxing Unhealthy Food and Drinks to Improve Health, *British Medical Journal*. 344, 1-7. DOI: 10.1136/bmj.e2931
- OCDE, (2009). *Panorama de la Salud 2007: Los indicadores de la OCDE*. Madrid. Segunda Edición. Pág. 91.
- OCDE (2011). *Health at a Glance 2011*. OECD. Obtenido el 20 de septiembre de 2012 de:
<http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/healthmedicalcareimprovingbutbetterpreventionandmanagementofchronicdiseasesneededtocutcostssaysocd.htm>
- OCDE (2012). *Perspectivas OCDE: México Reformas Para el Cambio*. Organización Para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), Obtenido el 25 de Agosto 2012 de 20120 de: <http://www.oecd.org/mexico/49363879.pdf>
- OCDE, (2012,b). *Obesity Update 2012*. Obtenido el 2 de Noviembre de 2012 de:
<http://www.oecd.org/health/49716427.pdf>
- OCDE. (2012). *OECD Health Data 2012: How does Mexico Compare*. Obtenido de:
<http://www.oecd.org/mexico/BriefingNoteMEXICO2012.pdf>
- Olejaz, M., Juul Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Okkels, H., Krasnik, A. y Hernández-Quevedo, C. (2012). Denmark: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 14(2), pág. 1-192. Obtenido el 1 de Noviembre de 2012 de:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf

- Organización Mundial de la Salud (OMS). 62ª Asamblea de la Salud. (2009). Comisión sobre Determinantes Sociales de La Salud: Informe de la secretaría (Documento: A62/9). Obtenido el 1 de Noviembre de 2012 de:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf
- Organización Mundial de Salud (2012) Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud adoptado por la Conferencia Internacional de la Salud, Nueva York, del 19-22 de Junio, 1946; firmado el 22 de Julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Record Oficial de la Organización Mundial de la Salud, 1(2), pág.100). Entró en vigor el 7 de Abril, 1948.
- PEMEX. (2011). XV: Ingresos Petroleros. Obtenido el 1 de Noviembre de 2012 de:
<http://www.pemex.com/index.cfm?action=content&ionid=136&catid=11893>
- Presupuesto de Egresos de la Federación, (2011). *Estrategia Programática*. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Obtenido el 1 de Noviembre de 2012 de
http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/pef/pef_2011/temas/tomos/12/r12_ep.pdf
- Ruelas, E. (2012). El Reto de la Salud. Construyendo el Futuro en México. Primera Edición, EGAP.
- Sassi, F. (2010). *Obesity and The Economics of Prevention: Fit not Fat*. Francia, OCDE.
- Rodbard, H. W., Fox, K. M. y Grandy, S. (2009). Impact of Obesity on Work Productivity and Role Disability in Individuals With and at Risk for Diabetes Mellitus. *American Journal of Health Promotion*, 23(5), 353-360
- Secretaría de Salud (2004): *México, 2003. Información para la Rendición de Cuentas*, México D.F: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (2006, 2007). Sistema de Protección Social en Salud. *Estrategia de Evaluación del Desempeño*. México, D.F.: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México Sano: Construyendo Alianzas para una Mejor Salud, México. Obtenido el 15 de septiembre de 2012 de:
http://www.innsz.mx/descargas/transparencia/programas_sectoriales/Pronasa.pdf
- Secretaría de Salud (2012). *Secretaría de Salud*. Obtenido el 16 de Octubre de 2012 de:
<http://portal.salud.gob.mx/contenidos/secretaria/vision.html>
- Seguro Popular (2012). Cobertura del Seguro Popular. Obtenido el 1 de Noviembre de 2012 de Cobertura Médica de:
http://www.seguropopular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=275&Itemid=291

- Soto, G., Lutzow, M. A., & González, R. (2010). Rasgos generales del Sistema de Salud en México. En R. González, L. Moreno & J. M. Castro (Eds.), *La Salud Pública y el Trabajo en Comunidad* (1ra ed., pp. 150-167). México D.F.: McGraw-Hill.
- SPPS. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (2012). *Asegura Calderón que se Logró Cobertura Universal en Salud*. Obtenido el 28 de Agosto de 2012 de: <http://www.spps.gob.mx/salud-hoy/1044-asegura-calderon-que-se-logro-cobertura.html>
- Strauss, J., & Thomas, D. (1998). Health, Nutrition, and Economic Development. *Journal of Economic Literature*, 36(2), 766-817.
- Todaro, M. P., & Smith, S. C. (2006). *Economic Development*. Nueva York: Pearson, Addison Wesley.
- UNICEF, (2012). *Salud y Nutrición: El Doble Reto de la Malnutrición y la Obesidad*. Obtenido el 2 de Noviembre de: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>
- Van Gameren, E. (201). The Health Insurance Reform in The Netherlands and its Relevance for Mexico. *Well-Being and Social Policy*. 7(1), 1-22.
- Vanegas, L. L (2010). Los Sistemas Públicos de Salud en México: Necesidad Social y Viabilidad Económica de Transitar de la Segmentación a la Cobertura Universal. *CISS*, Obtenido el 20 de agosto de 2012 de: http://www.ciss.org.mx/pdf/editorial/259/259_03.pdf
- W.,W. (2011). Tax the Fat not their Food. *The Economist*. Obtenido el 4 de Noviembre de 2012 de: <http://www.economist.com/blogs/democracyinamerica/2011/07/public-health>
- Weisbrod, B. (1961). *Economics of Public Health: Measuring the Economic Impact of Diseases*. PA, EE.UU, University of Pennsylvania Press.
- World Health Organization. (2010). *The World Health Report. Health System Financing; The Path to Universal Coverage*. Ginebra, Suiza: WHO Press.
- World Bank (2012). Data: Health Obtenido el 31 de Octubre de 2012 de: <http://data.worldbank.org/topic/health>
- World Bank (2012, b). Data: Health, Nutrition and Population Statistics; Mexico. *Key Indicators*. Obtenido el 31 de Octubre de 2012 de: <http://datatopics.worldbank.org/hnp/country/mexico>