



# SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

Propuestas para mejorar los servicios privados



# SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO:

## Propuestas para mejorar los servicios privados

### Contexto

En diciembre 2016, el Consejo Ejecutivo de Empresas Globales (CEEG) publicó un documento denominado “México 2030 ante la Cuarta Revolución Industrial: propuestas para la productividad, el crecimiento y la inclusión” (Agenda 2030). De acuerdo con el Foro Económico Mundial, la Cuarta Revolución Industrial se basa en un cambio digital que está borrando los límites entre las esferas físicas, digitales y biológicas. Por ello, el documento visualiza la posición de México en los siguientes 12 años en medio de este contexto de cambio acelerado y propone cuatro metas:

- Colocar a México entre los cinco primeros exportadores del mundo
- Duplicar la productividad laboral
- Duplicar el PIB per cápita y mejorar su distribución
- Multiplicar las oportunidades de desarrollo social al crear un millón de empleos formales al año

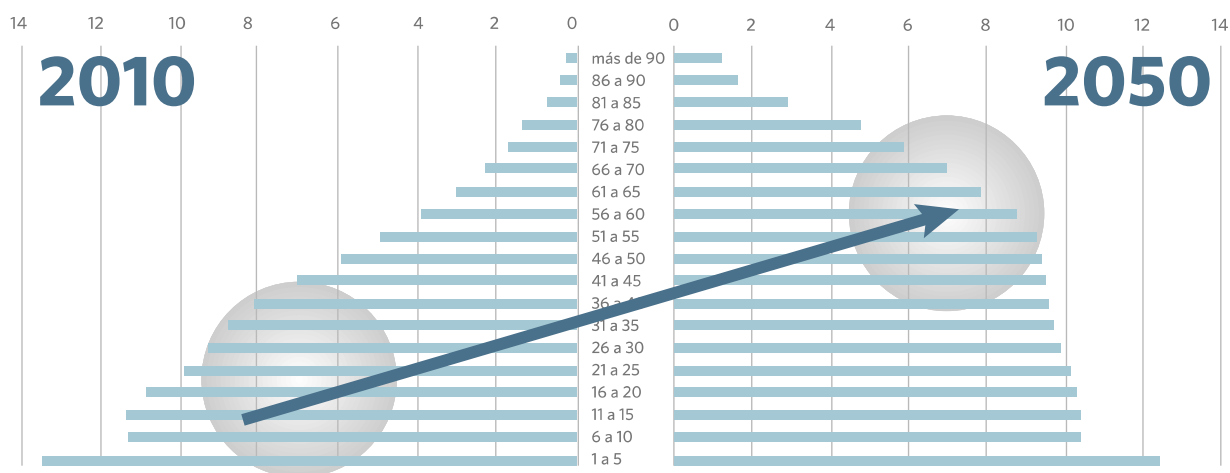
El cumplimiento de estas metas en parte depende del bienestar y desempeño del talento. Sin embargo, los trabajadores y sus familias enfrentan cada vez un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas mientras que el Sistema Nacional de Salud (SNS) presenta retos que le impiden responder a este creciente riesgo. Ambos elementos derivan en una crisis de salud que podría evitar que las metas propuestas por el CEEG se cumplan. Además, esta situación requiere recursos a nivel individual y agregado que reducen las posibilidades para preparar mejor al capital humano y explotar los beneficios de la Cuarta Revolución Industrial.

### Una crisis de salud

El perfil epidemiológico mexicano está cargado hacia enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud, en 2014, 77% de las muertes en México se debieron a ECNT, cifra siete puntos porcentuales

mayor al promedio del mundo.<sup>1</sup> Parte de este perfil epidemiológico se debe al envejecimiento de la población (ver Gráfica 1). En 1990, la edad mediana de la población era menos de 20 años mientras que en 2015 fue 27, y se espera que en 2050 ascienda a 38.<sup>2</sup>

**Gráfica 1. Pirámide poblacional de México 2010 y 2050 (millones de personas)**



<sup>1</sup>. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Noncommunicable diseases*, junio 2017. En <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> (Consultado el 2 de febrero de 2018)

<sup>2</sup>. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), “Estimaciones y proyecciones de población total, urbana y rural, y económicamente activa, 2016”. En: <http://www.cepal.org/es/temas/proyecciones-demograficas/estimaciones-proyecciones-poblacion-total-urbana-rural-economicamente-activa> (Consultado el 6 de septiembre de 2017).

Fuente: Elaboración propia con datos del Consejo Nacional de Población (<http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones> )

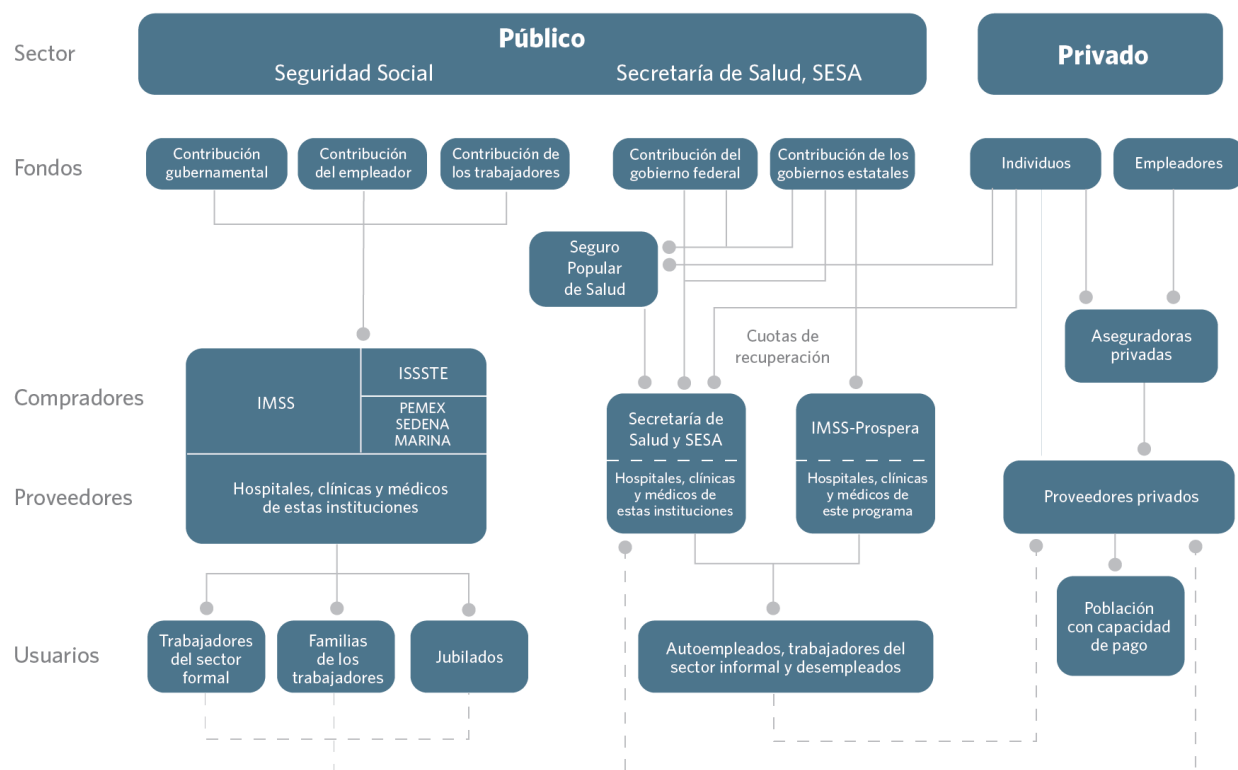
El envejecimiento de la población, aunado a los factores de riesgo que hoy se observan entre los mexicanos, podrían aumentar las prevalencias de las enfermedades crónicas en un futuro no muy lejano. México tiene la mayor proporción de sobrepeso y obesidad de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), con 70% de la población de 15 a 74 años. Se espera que la prevalencia de obesidad crezca de 32% en 2016 a 39% en 2030.<sup>3</sup> Además, en 2016, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) encontró que 9.4% de los adultos estaban diagnosticados con diabetes y 25.5% de los adultos padecían hipertensión (considerando a los diagnosticados y a los detectados en la encuesta).

Estos retos recaen en un sistema de salud que está fragmentado y que no aprovecha economías de escala. En este sistema interactúan instituciones públicas y privadas, sin embargo, ambas se rigen por normas distintas, lo que genera inequidades e ineficiencias (ver Figura 1). Más aún, la pertenencia a la seguridad social depende del estatus laboral de los trabajadores por lo que se puede perder la continuidad de tratamientos ante cambios de empleo y hay personas que están en dos o más regímenes de salud, como aquellos funcionarios públicos que cotizan en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y además se les da como prestación un seguro médico privado.

---

<sup>3</sup>. OCDE, Obesity Update 2017. En: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf> (Consultado el 2 de febrero de 2018)

Figura 1. Estructura del sistema de salud en México



Fuente: IMCO-CAD Salud (2017) con información de Gómez-Dantes et al., 2011 <sup>4</sup>

A pesar de los esfuerzos para alcanzar cobertura universal, según la ENSANUT 2016, más de 16 millones de mexicanos carecen de algún tipo de protección de salud. Además, el sector salud enfrenta retos que le impiden tratar a todos sus beneficiarios. México es el tercer país de la OCDE con menos camas de hospital, con una tasa casi tres veces menor que el promedio de los miembros de la OCDE. Asimismo, en 2016, los tiempos de espera en el IMSS y en los Servicios Estatales de Salud (SESA) fueron 2.3 y 3 veces mayores que en el sector privado, respectivamente. En parte esto explica por qué, en ese año, 26% de los pacientes con diabetes, hipertensión y dislipidemia reportaron haberse atendido en el sector privado la última vez que acudieron a algún servicio de salud. <sup>5</sup>

<sup>4</sup>. Octavio Gómez-Dantes et al, Sistema de Salud en México, Salud Pública Mex no. 53 supl 2, 2011. S220-S223

<sup>5</sup>. ENSANUT 2016

Aunque no existen indicadores para medir objetivamente la calidad de los servicios de salud, existe la percepción de que los servicios privados son mejores que los públicos. En la ENSANUT 2016, 86% de los usuarios de servicios privados consideró que la calidad de dichos servicios es buena, en comparación con 72% de los usuarios de servicios del ISSSTE y 61% de los usuarios de servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). A pesar de ello, en el sector privado hay signos de concentración de la oferta y los incentivos no parecen estar alineados con la salud del paciente. En particular, un estudio de IMCO y CAD Salud (2017) identificó problemáticas en tres rubros: el entorno, los médicos y los pacientes.<sup>6</sup>

El **entorno** de salud en México es muy complejo por la misma fragmentación del SNS. Ésta, aunada a los retos tanto del sector público como del privado, generan ineficiencias que derivan en el mayor gasto de bolsillo<sup>7</sup> de la OCDE. Éste fue de 45% del gasto total en salud en 2014, mientras que el promedio de los miembros de la OCDE fue de 18% (ver Gráfica 2).<sup>8</sup> Además, hay indicadores que sugieren que la oferta de servicios hospitalarios privados podría estar concentrada. En 2015, solo 3% de las unidades médicas privadas tenían 50 camas hospitalarias o más, las cuales concentraron 24% de las camas censables privadas.<sup>9</sup> Asimismo, solo 4% de los hospitales privados cuentan con más de 250 empleados.<sup>10</sup>

---

<sup>6</sup>. IMCO-CAD Salud, “Sistema de salud: propuestas para mejorar los servicios privados”. 2017

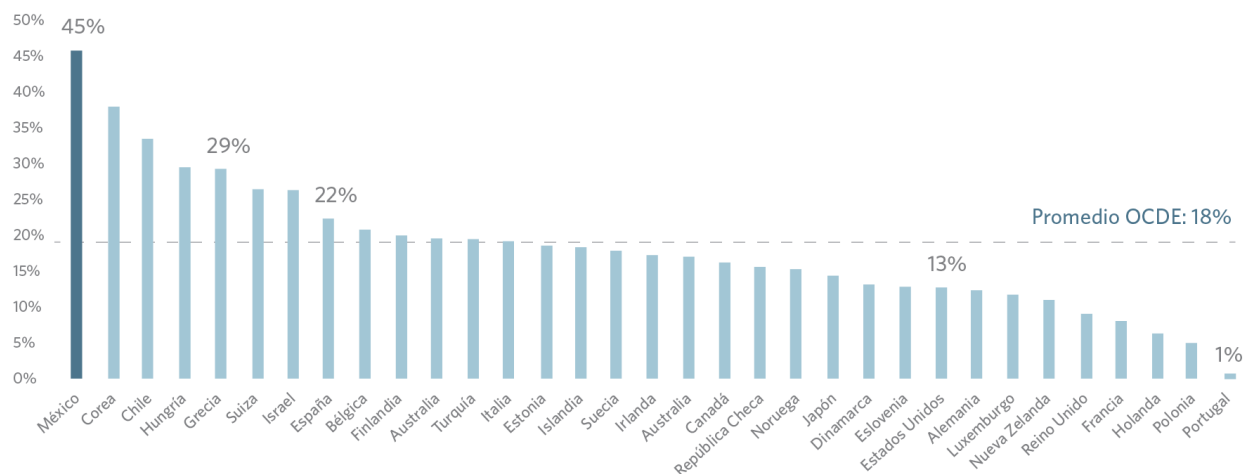
<sup>7</sup>. El **gasto de bolsillo** se refiere al gasto directo que hacen las familias para solventar los requerimientos de la atención de la salud, sin incluir el pago de un seguro médico privado.

<sup>8</sup>. OCDE, *Health Statistics*, 2014. En: [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT#](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#) (Consultado el 2 de febrero 2018)

<sup>9</sup>. INEGI, Salud en establecimientos particulares, 2015. En <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/registros/sociales/salud/> (Consultado el 2 de febrero de 2018)

<sup>10</sup>. INEGI, DENU EE 2016

Gráfica 2. Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud para países de la OCDE, 2014



Fuente: Elaboración propia con datos de la OCDE

Los **pacientes** carecen de elementos para tomar decisiones más racionales al buscar atención médica privada. Tienen poca o nula información sobre el mejor tratamiento, médico u hospital para atender sus padecimientos. Generalmente, en este tipo de servicios persevera la idea de que “entre más caro, mejor” y sus elecciones están topadas por la capacidad de pago.

Los **médicos** privados tienen completa libertad de práctica clínica, por lo que no necesariamente se apegan a la mejor evidencia científica disponible. Además, existen incentivos a la sobre-medicación y al sobre-diagnóstico. Incluso es posible que algunos médicos estén usando tecnologías costosas cuyos beneficios no son claros, hasta cierto punto incentivados por las creencias de los pacientes (donde prevalece la creencia que mientras más caro, mejor). No obstante, no existe una institución que publique opiniones confiables y serias sobre el uso de determinados materiales, equipos o medicamentos. Hoy el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) lo hace para las instituciones de gobierno, pero sus resultados no están disponibles al público.

Si bien casi 87% de la población está afiliada a alguna institución pública de salud, se debe reconocer que el sector privado es clave en esta materia. Del total de gasto destinado a salud, equivalente a poco más de un billón de pesos en 2015, 53% provino del sector público y 47%

del sector privado.<sup>11</sup> Por ello, es fundamental identificar sus principales retos e implementar acciones para que sus servicios mejoren.

En particular destaca el caso de los Consultorios Adyacentes a Farmacias (CAF), que en los últimos ocho años se han convertido en un sistema de salud privado alterno que está supliendo una parte de la atención de primer nivel. Entre 2010 y 2014 los CAF crecieron 250%, hasta alcanzar las 15 mil unidades en 2015. La ENSANUT 2012 encontró que 16.1% de las consultas ambulatorias se dieron en CAF. En parte, esto se atribuye a que las consultas en los CAF son muy baratas, oscilando entre 30 y 50 pesos. No obstante, por el modelo de negocio, la atención en estos consultorios podría representar un riesgo para quienes padecen enfermedades crónicas si no se detectan de forma temprana y se transfieren al sistema público antes de complicarse.

Otro fenómeno que genera una preocupación particular, y que incide directamente en el gasto de bolsillo, es la inflación médica<sup>12</sup> que se ha presentado en México en los últimos tres años. En 2016, la inflación general anual acumulada cerró en 3.36% mientras que la inflación médica lo hizo en 5%.<sup>13</sup> Existe evidencia de que el crecimiento de los precios a nivel privado es aún más acelerado que lo que muestran las series de INEGI, que agregan lo que ocurre tanto en el sector privado como en el público. La Gráfica 3 muestra la diferencia entre la variación mensual en los gastos hospitalarios que ha facturado Axa y la serie de hospitalización de INEGI para el periodo enero 2016 a mayo 2017. Destaca que la inflación agregada en dicho periodo para hospitales privados (26.56%) es 3.3 veces mayor que aquella para la serie de INEGI (8.06%).<sup>14</sup>

---

<sup>11</sup> Dirección General de Información en Salud, 2015. En: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/gastoensalud.html> (Consultado el 20 de diciembre de 2017)

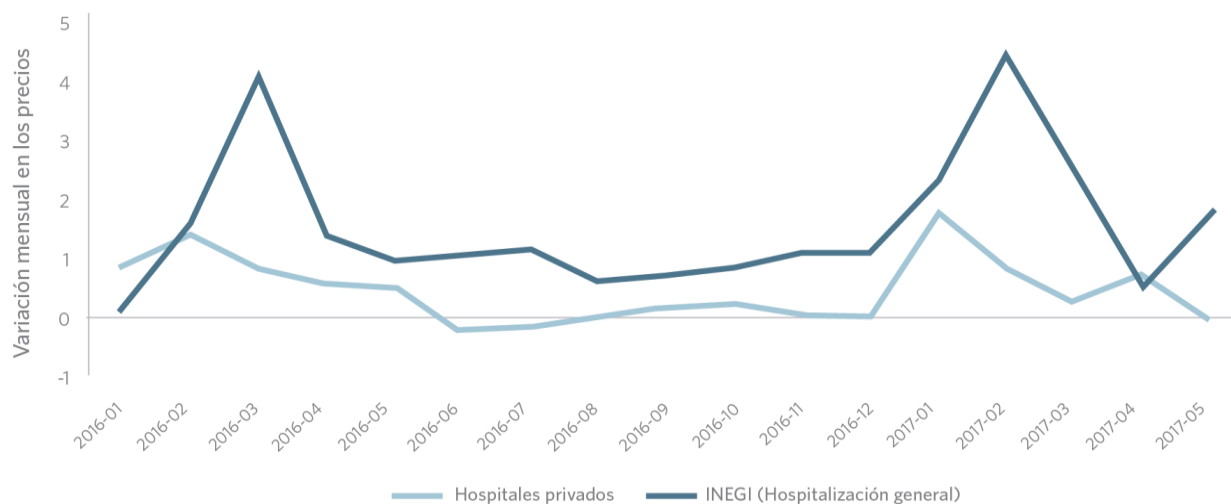
<sup>12</sup> La **inflación médica** se define como las variaciones interanuales del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) para los productos y servicios de salud.

<sup>13</sup> Cálculo con datos del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) que publica INEGI. Para la inflación médica se consideró el objeto del gasto 5.1.

<sup>14</sup> IMCO-CAD Salud. op cit.



Gráfica 3. Variación mensual en precios hospitalarios y serie INEGI (enero 2016 - mayo 2017)



Fuente: IMCO-CAD Salud (2017) con información de Axa e INEGI

## Implicaciones económicas

Esta crisis de salud, detonada por el crecimiento en la prevalencia de enfermedades crónicas, no solo deteriora la calidad de vida de los enfermos y sus familiares, sino también limita la competitividad de México. Esto se debe a que la situación actual:

- Genera elevados gastos para las familias y para el sector público
- Genera condiciones de pobreza y destruye el patrimonio de los hogares que no tienen una cobertura efectiva para su tratamiento
- Reduce la productividad de los trabajadores por ausentismo laboral y bajo rendimiento
- Afecta el desarrollo del capital humano, lo que podría desincentivar inversiones

El estudio de IMCO y CAD Salud (2017) muestra que el gasto de bolsillo asociado a enfermedades crónicas puede condicionar a varias familias mexicanas a caer en pobreza. Un caso hipotético sería un hogar de clase media alta<sup>15</sup> que gana 127 mil pesos al año

<sup>15</sup>. Un hogar de clase media alta se refiere a un hogar promedio del tercer quintil. Estas estimaciones se hicieron con base en datos de la Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares (ENIGH) y una base de reclamaciones de tres aseguradoras: Axa, Metlife y Seguros Monterrey-New York Life.

(equivalente a 10 mil 500 pesos al mes) y a uno de los miembros del hogar se le detecta diabetes. Es posible asumir que este hogar está afiliado al sector público, pero por diversas fallas debe cubrir directamente 20% del tratamiento al año, lo que equivale a un monto de 26 mil 271 pesos. Con ello, el ingreso disponible del hogar caería a poco más de 101 mil pesos. Dicha reducción en el nivel de ingreso es suficiente para que el hogar pase del tercer quintil a la parte superior del segundo. Lo cual es preocupante, puesto que la diabetes es una enfermedad que no se cura, solo se controla y que sus complicaciones generalmente son cada vez más costosas de tratar.

Si el escenario de esta familia fuera más complicado, y debiera cubrir 60% del tratamiento, en vez de 20%, el brinco sería mayor. Su ingreso disponible caería a menos de 48 mil 500 pesos con lo que se movería al primer quintil (el más bajo).

Si la familia no tuviera ningún tipo de protección en salud, ni siquiera la totalidad de su ingreso alcanzaría para cubrir la totalidad del tratamiento de diabetes (cuyo gasto promedio anual en el sector privado es de 131 pesos anuales). Tampoco le alcanzaría para cubrir otros padecimientos catastróficos como enfermedades isquémicas del corazón (194 mil pesos anuales), cáncer de mama (245 mil pesos anuales), hepatitis (468 mil pesos anuales) o leucemias (875 mil pesos anuales).

Si estas pérdidas se agregan para todo el país, se estima que los gastos por hospitalización y medicamentos para atender enfermedades crónicas generan una pérdida de ingreso anual que oscila entre una cantidad muy pequeña (si los hogares afectados tuvieran cobertura de gastos médicos casi ilimitada) hasta poco más de 1 billón de pesos al año<sup>16</sup> (si los hogares afectados tuvieran que acudir al sector privado para pagar por la totalidad de los tratamientos). Este último monto equivale a 5% del PIB cada año.

Por otro lado, las pérdidas por ausentismo laboral a causa de enfermedades crónicas también son considerables y ascienden a más de 78 mil 110 millones de pesos al año. Este monto equivale a 13% de la inversión extranjera directa que llegó al país en 2016. De estas pérdidas, casi 50% recae directamente sobre las empresas formales.<sup>17</sup>

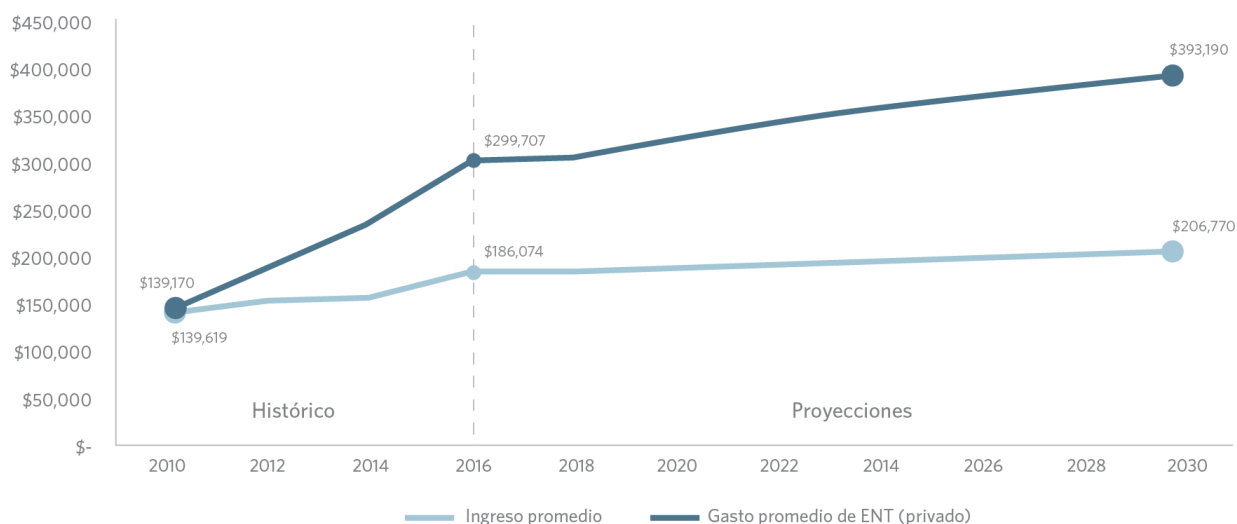
---

<sup>16</sup>. Estimaciones con datos de ENIGH y gasto promedio de base de reclamaciones. Para calcular el número de familias afectadas se usaron las prevalencias de ENSANUT para diabetes e hipertensión, así como la incidencia de los Anuarios de Morbilidad para hepatitis B y C, leucemias, enfermedad isquémica del corazón y cáncer de mama. Los gastos no se topan por ingreso, se asume que las familias podrían endeudarse o vender algún bien para cubrir los gastos. Se asumen diferencias en los gastos que cubre cada quintil, debido a que es probable que no acudan a los mismos hospitales.

<sup>17</sup>. Estimación con base en datos de ENIGH y días de estancia promedio según la base de reclamaciones de aseguradoras privadas. Los costos por ausentismo laboral se calculan como el ingreso diario perdido por días de estancia hospitalaria por padecimiento. Se asume que los casos que no requieren hospitalización pierden días laborables por control médico. Se hace una diferencia entre trabajadores

Si la situación no se corrige en el corto plazo, se espera que como mínimo estas pérdidas asciendan a 302 mil 242 millones de pesos en 2030 <sup>18</sup> (asumiendo un escenario conservador donde el sector público o privado cubre hasta 80% del tratamiento, por lo que las familias afectadas tendrían que pagar 20% de su bolsillo). Es importante decir que, dados los niveles de inflación médica, el gasto de tratamiento de enfermedades crónicas crecerá mucho más rápido que el ingreso de los hogares (ver Gráfica 4), lo que aumentará la vulnerabilidad de las familias.

**Gráfica 4. Proyecciones del ingreso de los hogares y el gasto para el tratamiento de enfermedades catastróficas 2010-2030 (pesos corrientes)**



Fuente: Estimación IMCO

Nota: Las proyecciones se hicieron con ajustes logarítmicos con datos de la ENIGH y de una base de reclamaciones de aseguradoras privadas (Axa, Metlife y Seguros Monterrey New York Life).

## Posicionamiento del CEEG

Fundado en 2004, el Consejo Ejecutivo de Empresas Globales (CEEG) es un organismo independiente y autónomo que reúne a cerca de 50 empresas globales con presencia en

---

formales (con acceso a seguridad social) e informales. Para calcular el número de familias afectadas se usan prevalencias de ENSANUT para diabetes e hipertensión, así como la incidencia de los Anuarios de Morbilidad para hepatitis B y C, leucemias, enfermedad isquémica del corazón y cáncer de mama. Tipo de cambio para comparación para hacer comparación con inversión extranjera directa: 20.6640 (diciembre 2016).

<sup>18</sup>. Las proyecciones se hicieron con ajustes logarítmicos con datos de la ENIGH (para el crecimiento de los hogares) y de una base de reclamaciones de aseguradoras privadas (para el crecimiento de los gastos de tratamientos).

México, líderes en sus respectivos ramos, con el fin de impulsar la competitividad en el país. Para ello, el accionar del CEEG gira en torno a ser integrador de conocimiento, constructor de reputación de un México competitivo, así como del prestigio de las empresas globales en el país. De esta manera busca contribuir en la construcción de políticas de vanguardia, en la atracción de capital extranjero directo, en la inclusión y movilidad social y en la promoción del desarrollo del país.

El CEEG impulsa el crecimiento y la inclusión para tener un país más equitativo y próspero, lo cual requiere mejorar el acceso a la salud. Para lograrlo, es importante tener un sistema más transparente, eficiente y centrado en los pacientes. Invertir recursos y voluntad política para mejorar la salud pública es invertir en el talento y la competitividad de México.

En ese sentido, el CEEG considera que el próximo gobierno podría implementar tres propuestas:

1. Impulsar la **medición y publicación de datos** que permitan a los usuarios de los servicios públicos y privados tomar decisiones de atención con parámetros centrados en el paciente. Esto se puede hacer a través de las herramientas que ofrece la digitalización para mejorar el sistema de salud, por ejemplo, el Big Data. Además, se sugiere contemplar la creación de una unidad dentro del gobierno federal que proteja, asesore, defienda y represente a los usuarios frente a los prestadores de servicios privados de salud.
2. Impulsar la innovación en el sector salud, de tal forma que las **tecnologías** médicas contribuyan a promover e impulsar la **práctica basada en evidencia científica** para evitar la sobre-prescripción, procedimientos quirúrgicos innecesarios y lograr mejores resultados de salud, así como **analizar el grado de competencia** en el sector hospitalario.
3. Transparentar e incrementar el alcance de las acciones de la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).