

# Comparación del sistema de salud de México y Estados Unidos de América

*María Magaly Vargas Ruiz\**

## RESUMEN

En este trabajo se evalúa el desempeño de los sistemas de salud de México y Estados Unidos de América, como aportación para el desarrollo de políticas y estrategias de salud eficientes y oportunas, enfocadas a mejorar la salud de la población.

Es un estudio de tipo transversal-descriptivo que sustenta su análisis a través de indicadores de impacto como la mortalidad. Los datos se obtuvieron de indicadores básicos del año 1999 emitidos por OPS.

**Palabras clave:** comparación de sistemas de salud, impacto en salud.

## ABSTRACT

*This study compares mortality rates of Mexico and the United States as means to show the efficiency of both national health systems. It is a cross-national study analyzing data from 1999. The most important findings about properties of mortality rates are described and the interrelations among these properties are identified for both countries. Finally, the impact of such interrelations on the national population's health is evaluated. It is advocated that this research may help to understand national health systems and developing efficient health policies.*

**Key words:** comparison health systems, health impact.

Fecha de recepción: julio 24 de 2002

Fecha de aprobación: octubre 3 de 2002

\*Correo electrónico: [magavar@yahoo.com](mailto:magavar@yahoo.com)

## Introducción

La metodología para el análisis comparativo de los sistemas de salud a nivel internacional ha ido evolucionando desde la comparación del sistema basado en la equidad y medidas económicas hasta llegar a la necesidad de comparación de la efectividad del sistema.

De esta forma: Roemer plantea la importancia de la clasificación de los sistemas de salud basada en su contexto político y su relación con los recursos del sistema, medido con relación al Producto Nacional Bruto per cápita.

Para Klein el análisis comparativo de sistemas de salud tiende a estar guiado por datos, más que por ideas y cuestionamientos, haciendo difícil de establecer generalizaciones por la carencia de un marco teórico.

Según Hsiao, una de las dificultades conceptuales para el análisis comparado de los sistemas de salud es "el debate ideológico entre libre mercado y participación gubernamental", en este caso la organización del sistema de salud mexicano se caracteriza por su tendencia pluralista y el de Estados Unidos de América (EU) con tendencias de libre mercado, lo cual resulta interesante de analizar, al menos en una variable de resultados, por falta de recursos.

Se considera relevante la comparación entre los sistemas de salud de México y EU, debido a que son países con una estrecha vinculación socioeconómica; sin embargo, se encuentran inmersos en contextos diferentes y por consiguiente con sistemas de salud diferentes.

La comparación del desempeño entre diferentes países puede dar una orientación sobre cuáles políticas mejoran el desempeño de cada sistema de salud. No existe un acuerdo sobre cómo realizar análisis comparativos de sistemas de salud; un consenso de expertos reunidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió un conjunto de indicadores parciales del logro general de metas a nivel país, dentro de los cuales encontramos las tasas de mortalidad como indicadores de resultados, pretendiendo dar una metodología que permita la evaluación de la eficacia y la eficiencia de sistemas de salud diversos.

## Metodología

Se realizó un estudio de tipo transversal-descriptivo basado en revisión bibliográfica y aplicación del Modelo de Análisis. Estudio de tipo transversal, ya que los datos se recolectaron en un tiempo determinado, el propósito es describir las tasas de mortalidad de cada país y analizar su incidencia en la eficiencia de cada sistema de salud, como indicadores de resultados.

Descriptivo porque pretende describir las propiedades más importantes de las tasas de mortalidad y medir de manera independiente los conceptos de interés, para integrar después estas variables estudiando como se relacionan entre sí y cual es su impacto en la salud de la población.

## Resultados:

Contexto socioeconómico, demográfico y político.

### México

Los Estados Unidos Mexicanos (México) tienen un territorio de un millón 967 mil 183 km<sup>2</sup> y está integrado por 32 estados (OPS/OMS, 1999).

Como consecuencia de la crisis económica, el país experimenta disminución en el Producto Interno Bruto (PIB) en periodos específicos como aumento de la inflación y déficit en la balanza comercial, con crecientes tasas de desempleo y aumento en el gasto social con respecto al PIB en el año 1995.

En los tres últimos años, el gasto público para el Sector Salud y Seguridad Social comenzó a incrementarse en términos reales como porcentaje del PIB.

Se estimó que en 1995 los estados que presentaban la mayor proporción de pobres (entre 70% y 76%) eran los que tenían una elevada proporción de población indígena.

Con relación a la distribución de la población en 1996, 11.9% correspondía a menores de cinco años.

Entre los problemas políticos y sociales que repercuten en la salud de los ciudadanos, sobresalen: I) los niveles de marginación, particularmente entre la población rural (7 de cada 10 localidades son rurales) y los indígenas (95% de las localidades con 40% o más de hablantes de lengua autóctona muestran algún grado de marginalidad); II) la presencia de grupos armados en algunos estados de la República (Chiapas y Guerrero), y III) la desnutrición infantil (según cifras oficiales, afecta a 16.9% de la población menor de 5 años en 1996, mientras otros estudios refieren 43% en las zonas rurales).

### Estados Unidos de América

EU tiene un territorio de 9 millones 529 mil 063 Km<sup>2</sup> (4.8 veces mayor que el territorio mexicano), se ha caracterizado por ser un país con alta migración.

En los dos últimos decenios, los grupos minoritarios, por su origen racial y étnico, han aumentado mucho más rápido que la población blanca, que es la mayoritaria; esta tendencia se espera que se mantenga en los próximos 30 años por lo menos.

Es un país que estadísticamente se encuentra en los primeros lugares de los que invierten (gastan) más en salud, pero no tienen mejores indicadores sanitarios.

El envejecimiento de la población es una de las mayores dificultades que afronta el sistema de atención de salud de los EU. Las proyecciones indican que en el año 2000 el número de personas de 65 años y más aumentará a 35 millones, cifra equivalente a 13% de la población.

Las cuestiones vinculadas con la salud pública internacional producen cada vez más efectos sobre la salud de la población de los EU. Temas como las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, la armonización de los alimentos con los productos farmacéuticos, los mecanismos de vigilancia mundial de las enfermedades y la creciente importancia de las enfermedades crónicas constituyen preocupaciones serias.

Con el fin de ampliar la visión de las divergencias entre ambos países, podemos identificar que EU tiene 2.8 veces más población que México, pero la tasa de crecimiento poblacional es 2 veces mayor en México. Con relación a la distribución de la población, EU cuenta con 10% más población distribuida en zonas urbanas que México. El PIB -valor real- es 8 veces mayor en EU, su gasto nacional en salud *per cápita* es 24 veces mayor que el de México.

Derivado de las crisis económicas, aumentos en la inflación y déficit en la balanza comercial México tiene mayores tasas de desempleo (cuenta con 4 veces más población en pobreza que EU).

No obstante, en México en los últimos 3 años, el gasto público para el sector salud se ha incrementado en términos reales como porcentaje del PIB.

En cuanto a indicadores de salud, EU cuenta con 5 veces más camas hospitalarias por mil habitantes que México y 0.5 más médicos por 10 mil habitantes.

#### **Análisis comparativo de los sistemas de salud**

El sistema de salud mexicano es un sistema fragmentado al igual que el de EU, esto es, presenta segregación en cuanto a integración poblacional e integración vertical de funciones esenciales, tales como: modulación, financiamiento, articulación y prestación de servicios.

En México, el sistema de servicios de salud se divide en tres grandes subsectores: 1) las instituciones de Seguridad Social, 2) los servicios de salud pública y 3) el subsector privado (OPS, 1998).

En general, los segmentos funcionan en paralelo, desarrollando cada institución las funciones de financiamiento y provisión. Existe poca coordinación entre proveedores y cada uno tiene su propia red de unidades de atención primaria y hospitales de segundo y tercer nivel.

El sistema de atención médica en EU se divide en privado y público. El privado se rige a través de la oferta y la demanda, básicamente contratado por los agentes particulares y por los empleadores para sus trabajadores. El lado público representado por dos instituciones con diferente manejo y dirigido a distinto tipo de población, el Medicare y el Medicaid. A pesar de estos dos últimos la falta de cobertura en la población se consideraba hacia 1997 en 16 millones de personas.

En cuanto a financiamiento, en México se integra de una mezcla público-privado:

- En la Seguridad Social financiamiento tripartita: estatal y cuotas obrero-patronales (público y privado). Más de la mitad del presupuesto público en salud lo ejecuta el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a corto plazo no se prevé que cambie esta situación, aún después de implementada la RS.
- En la población abierta: financiamiento público.
- Sector privado: financiamiento privado.
- En la investigación en salud: mezcla de público y privado.

En EU el financiamiento es una mezcla público-privada; 40% proviene del gobierno, mientras que, 60% (del cual 10% se paga individualmente) restante es obtenido de recursos privados. Esta mayoría en porcentajes es similar a la proporción de la población que es atendida en las dos distintas instancias.

El sistema de atención de salud de EU, depende mucho de los pagos que efectúa el seguro privado por asistencia médica. Este seguro, provisto por los empleadores o adquirido individualmente, cubre casi a las tres cuartas partes de la población; 14% de ésta carece por completo de cobertura médica.

El Medicaid es un programa de asistencia médica financiado por el Estado y por el Gobierno Federal para población con bajos ingresos.

El Medicare protege a personas mayores, trabajadores con discapacidad y enfermos de riñones, tiene financiamiento bipartita: una parte de ingresos federales y otra de primas mensuales pagadas por los beneficiarios.

El sector privado financia las HMO's y PPO's. Los

programas de Salud Pública se financian con fondos federales. Por medio de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) el Gobierno Federal apoya a casi 40% de las actividades de investigación y desarrollo en el campo biomédico.

Para hacer frente a las necesidades de salud, el sistema de salud mexicano otorga servicios médicos de nivel primario, secundario y terciario. Cada subsector atiende a sus afiliados por medio de sus propios modelos y esquemas de atención, lo que produce una superposición de coberturas en determinadas regiones. La práctica de la medicina tradicional está muy extendida (no cuantificada), particularmente en las zonas con alta concentración de pueblos indígenas, por ejemplo, la medicina homeopática

La promoción de la salud constituye una línea estratégica dentro de las funciones prioritarias para la prevención y control de enfermedades definidas por la Secretaría de Salud. Las estrategias de trabajo son: la educación para la salud y la participación social. Se aplican en seis componentes: salud familiar, salud integral del escolar, salud integral de los adolescentes, municipios saludables, ejercicios para el cuidado de la salud y desarrollo de contenidos educativos.

Las instituciones de seguridad social también desarrollan programas de salud comunitaria, con acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades en hogares, escuelas y centros de trabajo.

Las acciones de regulación sanitaria en los últimos cuatro años se orientaron hacia la prevención y control de enfermedades, especialmente en el primer nivel de atención (diabetes mellitus, cáncer del útero y de mama, tuberculosis, VIH/SIDA, rabia); la normalización de los servicios a grupos especiales de población (la mujer en el embarazo, el parto y el puerperio, crecimiento y desarrollo de niños y adolescentes, servicios de planificación familiar y atención psiquiátrica).

Derivado de la Reforma del Sector Salud se modificó el modelo de atención, al incorporar el Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS). La entrega del PBSS es una estrategia de ampliación de la cobertura y no modifica la oferta de prestaciones en las unidades de salud establecidas.

En EU existen servicios disponibles al nivel primario, secundario y terciario. La atención médica es proporcionada por un número enorme de organismos privados y públicos competitivos.

La lucha contra el VIH/SIDA sigue siendo la principal estrategia de los programas de prevención. La incidencia de la tuberculosis aumentó en los EU a comienzos de los años noventa, causando preocupación por la frecuencia de

tuberculosis polifarmacorresistente creándose un grupo nacional de trabajo para la eliminación de la tuberculosis.

En su carácter de coordinadora general del plan "Gente Sana 2000", la Oficina de Prevención de Enfermedades y Promoción de Salud, una dependencia del Departamento de Salud y Servicios Sociales encargada del programa, trabaja junto con instituciones del Servicio de Salud Pública, otros organismos y departamentos federales y miembros del Consorcio de "Gente Sana".

El Consorcio está formado por 345 organizaciones de afiliación nacional, que representan a sociedades profesionales, de beneficencia y anónimas, y por 271 organismos estatales que colaboran para impulsar el plan de prevención y alcanzar las metas previstas para el año 2000.

El plan Gente Sana ha priorizado y conducido los siguientes programas: Alimentación y nutrición, salud ambiental, Servicios de planificación familiar, Transferencia tecnológica, Investigación y tecnología en salud e Investigación sobre servicios de salud.

México está sufriendo un traslape epidemiológico que define sus necesidades de salud, de esta forma; se padecen enfermedades crónico-degenerativas, aún cuando las enfermedades infecciosas siguen teniendo una alta prevalencia.

En EU, las necesidades de salud de la población se clasifican por grupos de población, de esta forma se identifican: Salud del lactante, Salud del niño y del adolescente, Salud del adulto, Salud del adulto mayor y Salud de los grupos especiales de población.

México inició un proceso de reforma de gobierno y de modernización de la administración, que incluyen la descentralización administrativa, la profesionalización de los servidores públicos, la modernización de la gestión pública, la simplificación y adecuación del marco normativo y actualización de la legislación en materia de responsabilidades de los servidores públicos.

Respecto a políticas de salud, se contempla dentro del marco del Desarrollo Humano Sostenible y de la Renovación de la Estrategia de Salud para Todos, el plan de acción sobre "Erradicación de la Pobreza y de la Discriminación".

Con la Reforma del sector se ve claramente la necesidad del fortalecimiento de la coordinación interinstitucional e intersectorial, en la que descansan sus relaciones con los demás sectores del desarrollo y con las entidades responsables de la planeación nacional.

Las principales políticas de salud se vinculan con la reorganización del sistema con el fin de ampliar la cobertura y prestar servicios eficientes y de calidad a la población, contenidas en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 (PND, 1996).

En EU, la política nacional más amplia para mejorar la salud y prevenir las condiciones de salud adversas, se denomina "Gente Sana 2000". Su objetivo central es aumentar el número de personas que tienen una vida larga y saludable y sin discapacidad.

El segundo objetivo del plan exige la eliminación de las desigualdades existentes en materia de salud entre los distintos grupos de población, y el tercero, el acceso de toda la población a servicios preventivos.

La nutrición es también un objetivo nacional, se centra en la relación existente entre la obesidad, el tipo de alimentación y la enfermedad, la aplicación de las "normas alimentarias para los estadounidenses" en los servicios de preparación de comida, el asesoramiento alimentario, la rotulación de los alimentos, la enseñanza de nutrición en las escuelas, la nutrición materno-infantil y la alimentación de las personas de edad avanzada.

El Servicio de Salud Pública de los EU reconoce que los riesgos para el medio ambiente son factores implícitos que influyen en el proceso de enfermedad, por lo cual también se contemplan temas ambientales en sus políticas de salud.

Por medio de la Agencia de Políticas e Investigación de la Atención de Salud (AHCPR), se apoyan investigaciones para mejorar la calidad, reducir el costo de la atención de salud y para ampliar las posibilidades de acceso a los servicios esenciales.

#### **Análisis de las tasas de mortalidad**

La OMS en el Informe de Salud Mundial 2000 definió la "evaluación del desempeño de los sistemas de salud" como un conjunto de actividades entre las que se prioriza la medición del logro de metas; la mortalidad es un indicador parcial del logro general de metas, permite monitorear y evaluar al Ministerio de Salud o a los encargados del diseño de políticas de salud, como parte de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud.

Al separar el concepto de medición del resultado de la evaluación de la atribución "causal" (mortalidad); se mediría por ejemplo, la mortalidad infantil general (estudio cuantitativo) los cambios en ella y después se identificarían las causas (estudio cualitativo). El grado en que el sistema de salud ha contribuido a reducirla se evaluaría como parte

de este proceso que identifica y representa todos los factores determinantes posibles.

De esta forma, se enfoca la atención de los formuladores de políticas en salud en el sentido en que pueden mejorar la salud de la población promoviendo acciones en una variedad más amplia de áreas intersectoriales (sector salud, agrícola, etcétera) que aquellas bajo su control directo. (Lozano y Barofsky, 2001).

Antes de continuar con este análisis cabe definir que las tasas de mortalidad expresan la frecuencia relativa de ocurrencia de muerte en algún intervalo específico en una población en particular (Wayne, 1998).

Las tasas ajustadas eliminan los efectos de las diferencias en la composición por edad de la población reflejando las características por las cuales puede ser afectada (OPS, 2001).

En México la tendencia de la mortalidad es descendente debido fundamentalmente a la disminución en la mortalidad en menores de cinco años. Las principales causas de mortalidad continúan siendo las enfermedades del corazón, cuya mayor proporción está dada por las enfermedades isquémicas; los tumores malignos, entre los que destacan los del estómago, el pulmonar y el cervicouterino; los accidentes, cuyo principal componente se refiere al vehicular; la diabetes mellitus y la enfermedad cerebrovascular. Estas causas en conjunto, representan casi el 50% del total de defunciones.

Las defunciones por enfermedades del aparato circulatorio son más frecuentes en los hombres que en las mujeres, pero la diferencia entre los sexos se viene acortando. En cuanto a los tumores malignos, predominan las defunciones en mujeres por el elevado número de muertes por tumor del cuello del útero, pero la diferencia se está reduciendo. La tasa de mortalidad por accidentes es más elevada en los hombres que en las mujeres (60.3 y 17.6 respectivamente en 1995) mientras que la de mortalidad por diabetes mellitus es más alta en las mujeres que en los hombres (40.4 y 32.3 respectivamente); lo mismo ocurre con las enfermedades cerebro vasculares (27.1 y 23.9).

En EU, durante los años noventa se registró una marcada disminución de las tasas correspondientes a tres de las principales causas de muerte (las enfermedades del corazón, los accidentes cerebrovasculares y las lesiones no intencionales), en gran parte atribuible a la reducción de factores de riesgo causantes de enfermedad.

En 1995, la tasa de mortalidad por todas las causas en conjunto, ajustada por edad, fue aproximadamente 70%

mayor en los hombres que en las mujeres. La mortalidad masculina por cada una de las 15 causas principales de defunción, también fue mayor. La principal diferencia entre los sexos se debió a la infección por el VIH, caso en el que la tasa correspondiente ajustada por edad fue 5.1 veces mayor en los hombres que en las mujeres. La diabetes mellitus produjo la menor diferencia entre los sexos, con una razón hombre/mujer de 1:1.

Las enfermedades crónicas son las principales causas de defunción de las personas mayores de 45 años, pertenezcan o no a grupos minoritarios.

Las tres causas principales de defunción de los adolescentes, son las lesiones no intencionales, el homicidio y el suicidio.

La tasa de suicidio de los indígenas estadounidenses de sexo masculino de 15 a 24 años de edad (31.6 defunciones por 100 mil habitantes en 1993) fue un tercio más alta que la de los jóvenes blancos y superó a la de los jóvenes negros en 57%, a la de los jóvenes hispanos en 74% y a la de los jóvenes asiáticos en 150%.

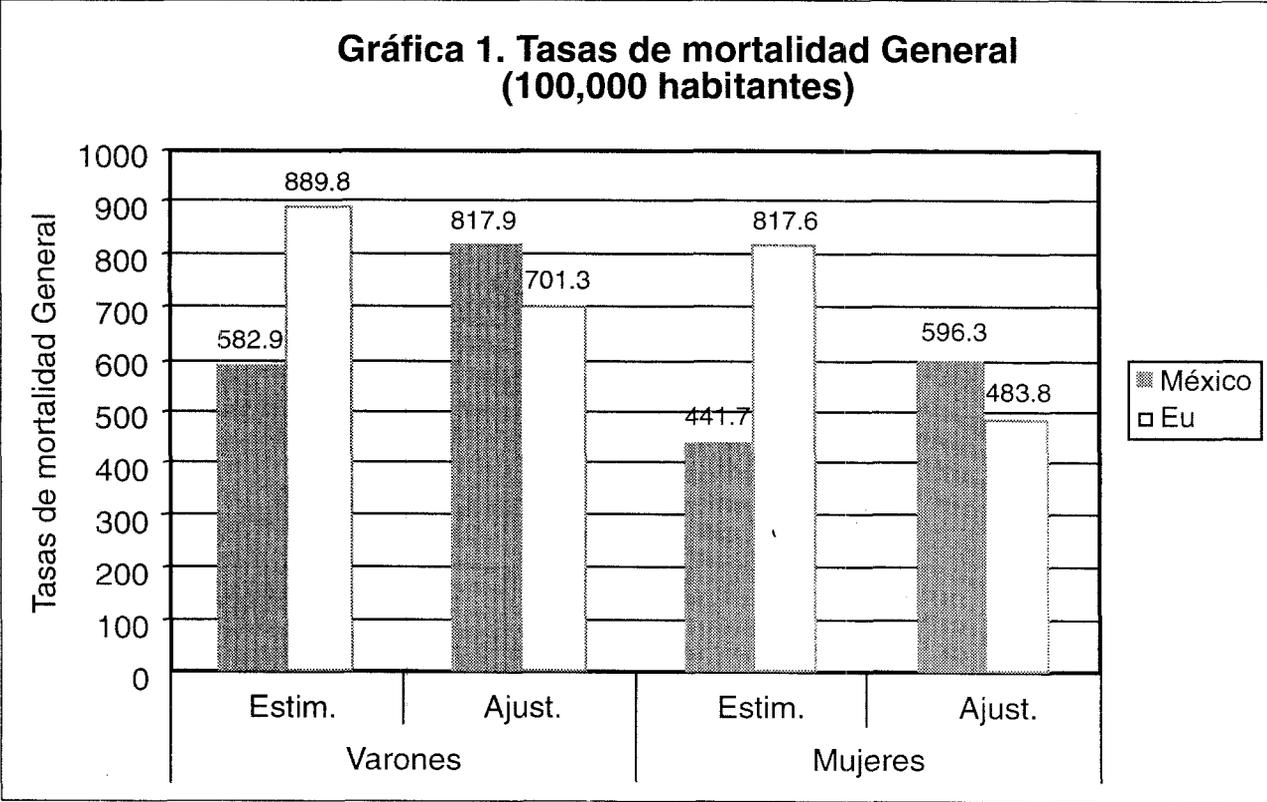
Las tasas correspondientes al cáncer de mama se mantienen altas a pesar de la atención prestada a la detección y tratamiento precoces.

En 1995, casi 151 mil estadounidenses murieron a consecuencia de lesiones sufridas en accidentes de vehículos de motor, caídas, quemaduras, asfixia por ahogamiento, envenenamiento, homicidio y suicidio. En los EU, las lesiones no intencionales provocan más defunciones de personas de uno a 34 años de edad que cualquier otra causa.

Se estima que, en los EU, aproximadamente dos de cada cinco personas sufrirán accidentes de tránsito relacionados con el consumo de alcohol.

En la actualidad, la tasa de mortalidad por incendio en los EU es la más alta de todos los países industrializados.

En el análisis comparativo con relación a las Tasas de Mortalidad General basándonos en las tasas de mortalidad estimada, se espera que México tenga menores tasas de mortalidad en ambos sexos. Si ambos países tuvieran la misma distribución de la población por grupo de edad, las tasas de mortalidad ajustada para ambos sexos son mayores en México. De acuerdo a las tasas de mortalidad ajustada observamos que por una muerte de varón en México, mueren 0.86 en EU; a su vez, por cada muerte de mujer mueren 0.81 en EU.



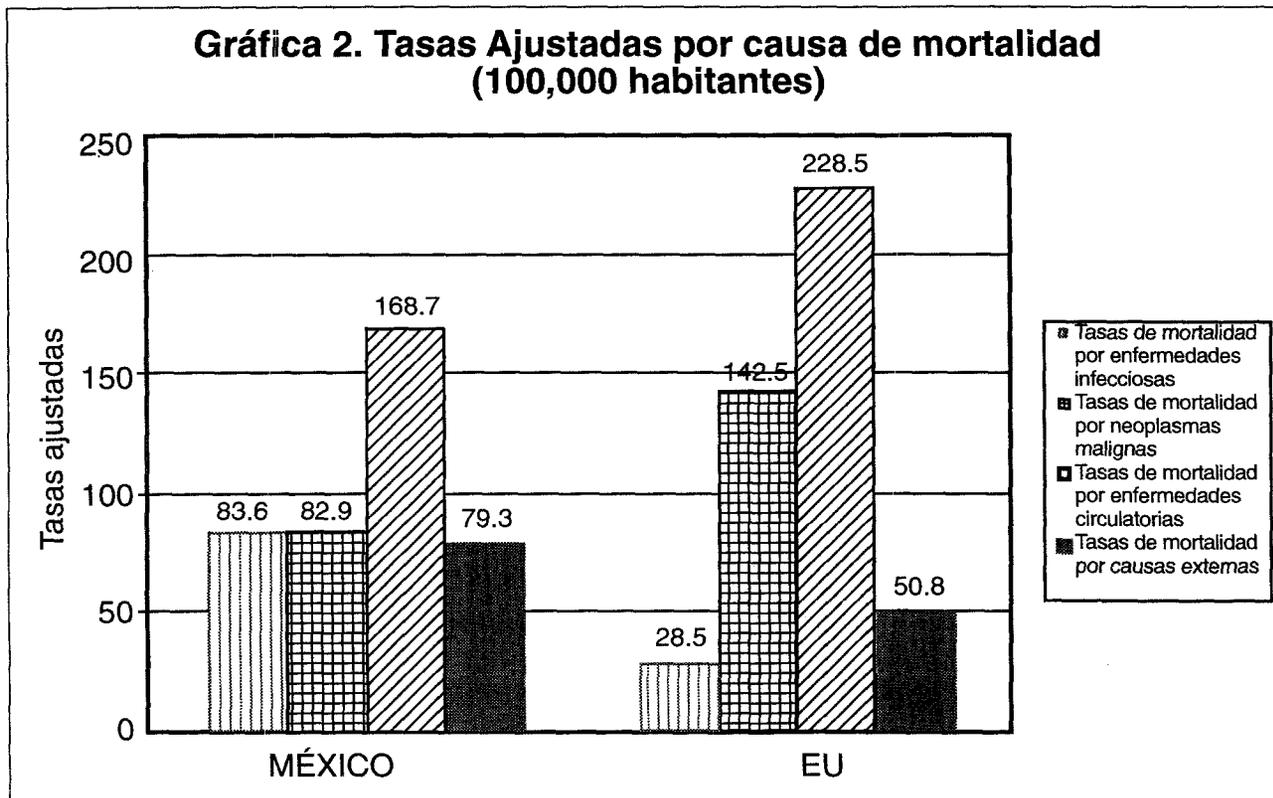
Como se observó, en las tasas estimadas EU tenía tasas de mortalidad mayores a México, situación que se invierte al determinar las tasas ajustadas, esto se debe a que EU cuenta con personas con mayor riesgo de morir: podríamos afirmar que tiene un mayor porcentaje de población de adultos mayores que México, también puede tener mayor porcentaje de población de adultos en riesgo de contraer VIH, que es la tercera causa de muerte en EU, mientras que en México se encuentra en el lugar 16.

En ambos países es mayor la mortalidad de hombres que de mujeres, en México por cada 1.37 defunciones de varón

muere una mujer, en EU muere una mujer por cada 1.45 hombres. De esta forma observamos que se tiene mayor riesgo de morir si se pertenece al género masculino.

Al comparar ambos países de acuerdo a sus tasas de mortalidad ajustadas por tipo de enfermedad observamos que México tiene tasas mayores en mortalidad por enfermedades infecciosas y por causas externas (lesiones), pero tiene tasas menores que EU en la mortalidad por neoplasias malignas y por enfermedades circulatorias, de esta forma se puede decir, que el nivel de desarrollo de un país, influye en los padecimientos de la población.

**Gráfica 2. Tasas Ajustadas por causa de mortalidad (100,000 habitantes)**



Se observa que por cada defunción en México de enfermedad infecciosa, en EU se presenta 0.34; el que México tenga mayores tasas de mortalidad ajustada por enfermedades infecciosas parecería lógico ya que estas enfermedades se presentan con relación al grado de desarrollo de un país.

Siendo una situación diferente la mortalidad por neoplasias malignas (cáncer) y la mortalidad por enfermedades circulatorias, las cuales son propias de países desarrollados, en los que predominan las enfermedades crónico-degenerativas, esto puede explicarse con la comparación de la esperanza de vida, al ser más alta en EU, cuenta con un mayor porcentaje de población de adultos mayores (por una

defunción en México de cáncer, se presentan 1.71 defunciones en EU; por una defunción de enfermedad circulatoria en México, se presentan 1.35 defunciones en EU).

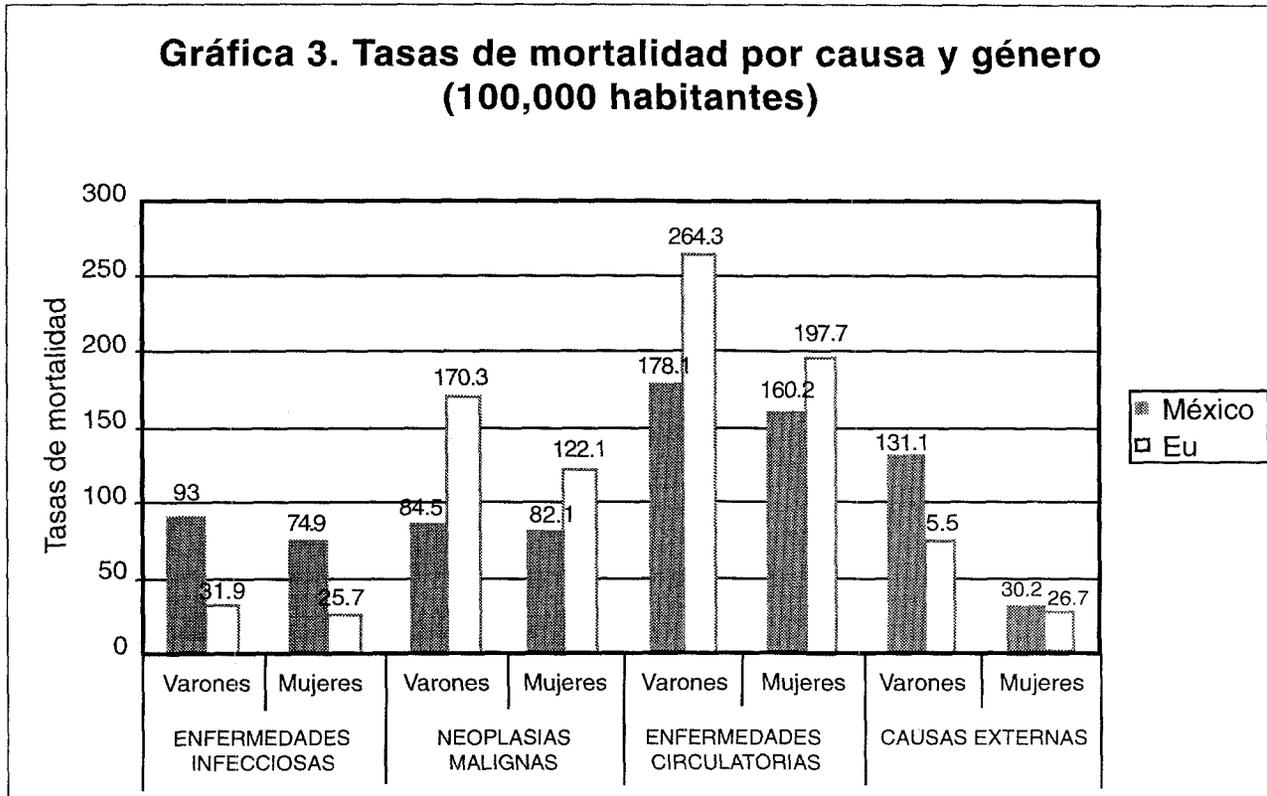
Podríamos afirmar que las diferencias que se observan entre mortalidad por enfermedades infecciosas en México y mortalidad por neoplasias malignas y enfermedades circulatorias en EU, son consecuencia también de estilos de vida diferentes.

Al determinar las tasas ajustadas por género se observa la misma situación que con las tasas estimadas, en México son mayores las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas y causas externas que en EU.

De esta forma, por una defunción de hombre en México por enfermedad infecciosa, se presenta 0.34 defunciones en EU, y por cada mujer, se presentan también 0.34 defunciones.

Por causas externas, por una defunción de hombre en México, se presenta 0.58 defunciones en EU, y por cada mujer, se presenta 0.88 defunciones.

**Gráfica 3. Tasas de mortalidad por causa y género (100,000 habitantes)**



Para las neoplasias malignas, por una defunción de hombre en México, se presenta 2.01 defunciones en EU, y por cada mujer, se presenta 1.49 defunciones.

En el caso de las defunciones por enfermedades circulatorias, por una defunción de hombre en México, se presenta 1.48 defunciones en EU, y por cada mujer, se presenta también 1.23 defunciones en EU.

**Discusión**

Con el análisis anterior se pueden observar las diferencias geográficas y económicas tan extensas entre ambos países, así como en el contexto sociodemográfico. De esta forma, se identifican necesidades de salud diferentes que derivan sistemas de salud con objetivos y resultados divergentes.

Como se esperaba, ambos países tienen diferentes Tasas de Mortalidad General Ajustada. Al analizar por tipo de causa, identificamos que las tasas son mayores en México relacionadas con enfermedades infecciosas y causas externas, y EU presenta tasas mayores en las enfermedades crónico-degenerativas.

Estas diferencias son lógicas debido a que la epidemiología de cada país se relaciona con su nivel de desarrollo económico; presentándose enfermedades crónico-degenerativas en los países desarrollados (EU) y observándose en México un traslape en la transición epidemiológica, ya que se encuentra la presencia tanto de enfermedades infecciosas como de enfermedades crónico-degenerativas, pero siendo aún más altas las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas en ambos sexos.

Así mismo, se puede inferir que, el alto porcentaje de población de adultos mayores en EU, origina mayores tasas de mortalidad en enfermedades crónico-degenerativas. Al tener las enfermedades crónico-degenerativas costos más elevados de atención, exigen mayor financiamiento en este sector, reto que el sistema de salud debe afrontar.

EU es uno de los países que destina más dinero al sector salud, sin embargo su inversión en salud no se traduce directamente en la mejoría de sus indicadores de desempeño, pudiendo identificar como obstáculos los siguientes factores:

1) los altos costos de los principales padecimientos de la población (enfermedades crónico-degenerativas); 2) los altos índices de migración que originan necesidades de salud diversas, debido a que cada grupo de la población es muy diferente entre sí económica y socio-culturalmente; situación que en México no se presenta a pesar de la heterogeneidad interna de la población.

Ambos países tienen sistemas de salud con estructura propia, de esta forma, el sistema de salud de EU promueve el libre mercado, mientras que el de México promueve el pluralismo, no obstante en las políticas de salud se puede observar una semejanza entre ambos sistemas, que es la búsqueda de mecanismos para hacer llegar los servicios de salud a quienes los necesitan (aumento de cobertura).

Este trabajo proporciona el análisis comparativo de ambos sistemas de salud, se puede observar la importancia de los factores sociales, culturales, políticos y económicos que determinan la organización y el desempeño de los sistemas de salud de cada país.

El análisis comparativo de sistemas de salud, permite la identificación de políticas y mecanismos que resultan

probablemente eficaces en el desempeño de un sistema de salud determinado y que pueden resultar eficaces también en otro contexto, no sin antes llevar a cabo un minucioso análisis y adaptación.

De esta forma, la importancia de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud radica en construir la base sobre la cual se desarrollen las políticas y estrategias de salud eficientes, enfocadas a mejorar la salud de la población (OPS, 2001).

Así mismo, puede ser beneficioso para los formuladores de políticas de salud, en el sentido en que puede prevenirles de problemas de salud que se están dando en otros países, permitiéndoles el diseño oportuno de acciones intersectoriales para afrontarlos promoviendo el desempeño eficiente del sistema de salud en la búsqueda de la salud integral en la población.

#### Agradecimientos

Mis reconocimientos al Dr. Rene Leyva Flores y al Mtro. Esteve Corbera por su valiosa aportación y apoyo técnico en la realización de este trabajo.

**Tabla 1. Datos Básicos de Salud 1999**

Indicadores Socioeconómicos	México	EU
Producto Interno Bruto (US\$)		
Valor real	3,822	25,860
Valor PAM	6,041.46	21,202.59
Población en pobreza (%)	38.6	9.4
Gasto nacional en salud per cápita (\$)	160	3,858
Gasto nacional en salud como fracción del PIB (%)	4.8	14.3
Indicadores de población		
Población estimada (en miles)	95,831	273,754
Población urbana (%)	74	81.8
Tasa bruta estimada de natalidad (por 1,000 hab.)	24.5	13.7
Tasa anual de crecimiento poblacional (%)	1.63	0.8
Esperanza de vida al nacer (años)		
Hombres	69.5	73.5
Mujeres	75.6	80.2

Fuente: OPS. Indicadores básicos 1999.

Tabla 2. Tasas de Mortalidad por sexo, 1999

TASAS DE MORTALIDAD (100,000 habitantes)			México	EU
<b>GENERAL</b>	Hombres	Estimada	582.9	889.8
		Ajustada	817.9	701.3
	Mujeres	Estimada	441.7	814.6
		Ajustada	596.3	483.8
<b>POR ENFERMEDAD INFECCIOSA</b>	TOTAL	Estimada	63.5	44.1
		Ajustada	83.6	28.5
	Hombres	Estimada	68.8	42.0
		Ajustada	93.0	31.9
	Mujeres	Estimada	58.3	46.0
		Ajustada	74.9	25.7
<b>POR NEOPLASIAS MALIGNAS</b>	TOTAL	Estimada	57.1	206.2
		Ajustada	82.9	142.5
	Hombres	Estimada	54.0	220.8
		Ajustada	84.5	170.3
	Mujeres	Estimada	60.3	192.0
		Ajustada	82.1	122.1
<b>POR ENFERMEDADES CIRCULATORIAS</b>	TOTAL	Estimada	114.4	363.5
		Ajustada	168.7	228.5
	Hombres	Estimada	110.0	354.3
		Ajustada	178.1	264.3
	Mujeres	Estimada	113.1	372.3
		Ajustada	160.2	197.7
<b>POR CAUSAS EXTERNAS</b>	TOTAL	Estimada	72.7	57.6
		Ajustada	79.3	50.8
	Hombres	Estimada	118.7	83.8
		Ajustada	131.1	75.5
	Mujeres	Estimada	26.7	32.2
		Ajustada	30.2	26.7

FUENTE: OPS INDICADORES BÁSICOS EN SALUD 1999.

## Bibliografía

- Lozano R, Barofsky Ivan, (2001).** *Temas críticos en la evaluación del desempeño de los sistemas de salud.* Consulta regional de las Américas sobre evaluación del Desempeño de los sistemas de salud. OPS. Washington DC, mayo.
- OPS Organización Panamericana de la Salud. (2001).** *Programa especial de análisis de salud. Iniciativa regional de datos básicos en salud; glosario de Indicadores.* Washington DC.
- OPS Organización Panamericana de la Salud. (2001).** *Evaluación y mejora del desempeño de los sistemas de salud en la región de las Américas.* Washington, DC. p. 22.
- OPS Organización Panamericana de la Salud. (1999).** *Indicadores Básicos.* Boletín Epidemiológico, diciembre 1999; 20:4.
- OPS/OMS. (1999).** *Perfiles Básicos de Salud en las Américas, resúmenes 1999.* Washington DC.
- OPS Organización Panamericana de Salud. (1998).** *Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud.* Perfil del sistema de servicios de salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Octubre.
- PND Plan Nacional de Desarrollo (1996).** 1995-2000. Ejecutivo Federal. México.
- Wayne D. (1998).** *Bioestadística base para el análisis de las ciencias de la salud.* México. Ed. Limusa 3ra edición p. 763:771.

# Taller de información periodística en salud

ESPACIO DE INFORMACIÓN, ANÁLISIS  
E INVESTIGACIÓN SISTEMÁTICA  
DE LOS ACONTECIMIENTOS EN EL CAMPO  
DE LA SALUD EN MÉXICO

**Distribución gratuita**

Universidad Autónoma Metropolitana  
Xochimilco



Casa abierta al tiempo

Departamento de Atención a la Salud  
Área de Educación y Salud  
Calzada del Hueso 1100  
04960, México, DF