economía y salud

documentos para el análisis y la convergencia 19

Competitividad y salud: la propuesta

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD
Institución privada al servicio de la comunidad

Competitividad y Salud

hacia un sistema de salud más eficaz y eficiente

LA PROPUESTA

Autores:
Felicia Knaul, Héctor Arreola, Christian Borja, Gustavo Nigenda, Manuel Ruíz de Chavez y Guillermo Soberón

Grupo de Trabajo:
Javier Dorantes, Alejandra Martínez, Oscar Méndez, Javier Ramírez, Cuauhtémoc Valdés y Margarita Vega

Presidente del Consejo Promotor Competitividad y Salud:
Pablo Escandón

CASE Salud
Centro de Análisis Social y Económico

Fundación Mexicana para la Salud

Competitividad y Salud:
La propuesta

DR. Fundación Mexicana para la Salud
Periférico Sur 4809
Col. El Arenal Tepepan, Tlalpan
14610, México, D.F.
E-mail: cvolmedo@funsalud.org.mx
http//www.funsalud.org.mx
La presente edición es responsabilidad exclusiva de los autores
Diseño: Efrén Motta e Israel de Anda

Impreso y hecho en México
Made and printer in Mexico

ISBN 968-5661-00-6

Índice

I. Presentación 1

II. La Propuesta 5

A. La salud y la competitividad: los círculos virtuoso y vicioso 5
B. La globalización, la competitividad y la salud. 6
c. ¿Por qué, para la competitividad, es tan importante la organización y el financiamiento del sistema de salud? 8
D. La inversión en salud es una inversión en la competitividad 10
E. ¿A cuánto asciende el costo de los sistemas de salud? 11
F. ¿Por qué es prioritario, hoy, controlar el gasto ineficiente en salud? 13
G. El envejecimiento en México e implicaciones para los costos de la atención a la salud 15
H. El impacto del sistema de salud en las empresas 19
I. La protección financiera 23

III. Estudios requeridos: Propuestas para México 24
IV. Referencias 29

Consejo Directivo 2001-2003
Asamblea General de Asociados
A. Asociados Fundadores
B. Asociados Activos
C Asociados Institucionales
D. Asociados Honorarios
Consejo Promotor Competitividad y Salud

PRESENTACIÓN

Guillermo Soberón[1]

Hace diez años, la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) inició un proyecto que ha dejado su impronta en la vida institucional: Economía y Salud.

El proyecto no solamente conjuntó, en su momento, a un grupo de trabajo dedicado al estudio de la vinculación entre salud y desarrollo, sino que, por el gran impacto del estudio realizado, ahora forma parte de la estructura de FUNSALUD. Esta resalta el papel que juega esta institución como un organismo de la sociedad civil que contribuye, en forma efectiva, al mejor conocimiento del campo de la economía y la salud y que la identifica como un centro independiente y de reflexión crítica sobre cuestiones trascendentes de la salud en el país y en el extranjero.

Aquel primer grupo, encabezado por Julio Frenk, ha sido fecundo en su propósito: integrar una masa crítica de investigadores y profesionales en el campo de la economía y la salud. Varios de ellos se han ubicado en posiciones nacionales e internacionales del mayor nivel. El propio Dr. Frenk ahora está al frente de la Secretaría de Salud, y desde ahí, perfila las políticas nacionales en salud. A su salida de FUNSALUD, como Vicepresidente Ejecutivo, estuvo a cargo de una de las direcciones adjuntas de la Organización Mundial de la Salud dedicada a constituir y analizar la evidencia para la toma de decisiones en políticas de salud. Algunos de sus colaboradores han tenido altas responsabilidades en Ginebra y en la Secretaría de Salud. Ha sido posible, no obstante, mantener un grupo de trabajo en FUNSALUD a través de un Centro de Análisis Social y Económico en Salud (CASEsalud), bajo la conducción de Gustavo Nigenda, quien fuera uno de los que participaron en el trabajo inicial.

[1] Presidente Ejecutivo, Fundación Mexicana para la Salud.

La forma institucional que cobija el esfuerzo que se hace en el campo de economía y salud también ha evolucionado. El estudio original dio pie a la decisión del Consejo Directivo de FUNSALUD para establecer, en 1994, el Centro de Economía y Salud que, en 1999, se transformó en un Programa de Economía y Salud y, en 2001, se restableció como CASEsalud, bajo la dirección de Felicia Knaul, también integrante del grupo inicial.

Ahora, dentro de CASEsalud, se ha gestado un esfuerzo encaminado a considerar el tema de la competitividad y su relación con la salud.

En efecto, en abril pasado se integró el **Consejo Promotor de Competitividad y Salud**. Se decidió que el grupo fuera encabezado por Pablo Escandón, Nadro, quien hizo las invitaciones con un grupo de Asociados y otros empresarios interesados en el tema. Actualmente lo integran Ricardo Amtmann, Laboratorios Sanfer; Clemente Cabello, Grupo Nacional Provincial; Pablo de la Peza, Seguros Banamex; Carlos Fernández González, Grupo Modelo; Ricardo González Sada, FEMSA Servicios; Antonio López de Silanes, Laboratorios Silanes; Manuel Martínez Domínguez, Laboratorios Columbia; Eugenio Minvielle Lagos, Nestlé de México; Roberto Mercadé, Schering-Plough; José Luis Román Pumar, MeerckSharp & Dohme de México; Manuel Saba Ades, Casa Saba; Olegario Vázquez Aldir, Grupo Empresarial Angeles; y Grupo Financiero BBVA-Bancomer . El Consejo ha establecido una mecánica de reuniones de trabajo, ha definido un documento inicial que se presenta en este nuevo número de la serie institucional de FUNSALUD: *Economía y salud. Documentos para el análisis y la convergencia.*

Este nuevo desarrollo de los trabajos de FUNSALUD, encabezados por Felicia Knaul con el apoyo de un grupo de jóvenes investigadores, busca profundizar en la relación dual que existe entre la competitividad del país y su sistema de salud. Pretende promover el análisis del impacto en la organización y el financiamiento del sistema de salud en el desarrollo económico y proponer iniciativas que permitan aumentar la competitividad de todos los sectores y sistemas productivos de nuestro país a través de la

inversión en salud, a la luz de los retos y las oportunidades que enfrenta México en el contexto de la globalización, y para responder a la transición epidemiológica y demográfica y al aumento significativo en la demanda de servicios de salud que se prevé para los próximos años. El estudio ofrece un conocimiento más amplio de cómo la salud, el sistema de salud y las empresas vinculadas a ella impactan en la productividad y la competitividad del país, así como propuestas sobre la forma en que los tomadores de decisiones y las empresas en general podrán participar en lograr un sistema de salud más eficaz y más eficiente.

Tiene pues, el lector en sus manos, en este primer número de esta nueva serie de FUNSALUD, el documento base que permitirá ir avanzando en el mejor entendimiento de la vinculación entre productividad y salud, como un instrumento para avanzar en la equidad de la salud, en el incremento de los niveles de salud, en la mejoría de la calidad de vida de las personas, en el mejor rendimiento de la economía y en el mayo desempeño de los sistemas de salud de México.

Agosto de 2003

II. La Propuesta de Competitividad y Salud

A. La salud y la competitividad: los círculos virtuoso y vicioso

Los niveles de inversión en salud de un país y el estado de salud de su población tienen una influencia directa en el desarrollo del capital humano, los niveles de productividad y de competitividad, el combate a la pobreza y el desarrollo económico y social. En la medida en que la inversión en salud permita a la población acceder a servicios médicos equitativos, eficientes y de buena calidad, se alcanzará un "círculo virtuoso" por el cual se logrará mejorar la competitividad de los individuos y de la sociedad en su conjunto, para, posteriormente, avanzar hacia un mayor desarrollo económico y humano. (Figura1)

Figura 1: Inversión productiva en salud: el círculo virtuoso

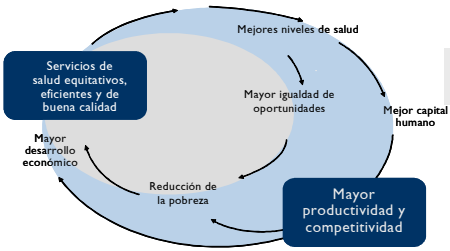
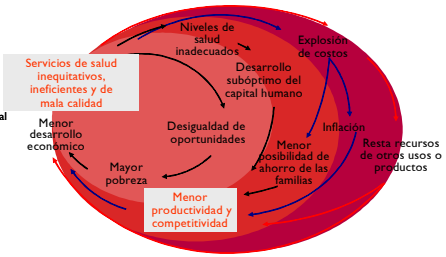


Figura 2: Gasto improductivo en salud: el círculo vicioso



Fuente: Frenk J., et al. Economía y Salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México, Fundación Mexicana para la Salud, 1995.

Por el caso contrario se caerá en un "círculo vicioso" en el que los servicios de salud de mala calidad, ineficientes e inequitativos restarán recursos para otros usos productivos y generarán menos salud de la posible con los recursos invertidos. Así, en lugar de apoyar a un proceso óptimo de desarrollo humano, social y económico, se restará de los procesos con la creación de más pobreza, a un menor desarrollo económico y a una mayor desigualdad de oportunidades a consecuencia de un desarrollo subóptimo de capital humano, en una menor posibilidad de ahorro de las familias, una menor productividad de la fuerza laboral, y un aumento en los costos de la atención a la salud.[1] (Figura 2)

B. La globalización, la competitividad y la salud

En un mundo globalizado la competitividad permite generar relaciones y sinergias entre países a través de las cuales todos los involucrados pueden tener una ganancia y resultados mayores a la suma de las partes. En ese sentido, la competitividad no es un juego de suma cero con el cual un país o sector gana lo que el otro pierde. Se trata de un concepto multidimensional de valores agregados que se aplica tanto al comercio internacional o al espectro económico, como a los aspectos sociales y políticos.[2]

Cuadro I : Indicadores de la globalización

Evidencia Internacional

- Entre principios de los 80 y finales de los 90, las barreras arancelarias en los países en vías de desarrollo se redujeron a la mitad.[3]
- Las exportaciones mundiales de bienes y servicios aumentaron del 14% de la producción a comienzos de 1970 al 23% para fines de los 90, mientras que los flujos de inversión extranjera directa (IED) se duplicaron en relación con el producto interno bruto (PIB).[4]
- El costo promedio de una llamada entre Nueva York y Londres se redujo entre 1920 y 1990 de $2.45 a $3.32 USD.[5]

Evidencia nacional

- Entre 1989 y 1999, la inversión extranjera directa bruta como porcentaje del PIB (medido en paridad de poder de compra) aumento de 0.6% al 1.5%.[6]
- En 1994, el número de usuarios de internet era de 39 mil. Para 2001 el número alcanzó 3.6 millones y 4.6 millones en 2002.[7]
- Entre 1990 y 2001 el número de llamadas de larga distancia pasó de 169 a 961 millones.[8]

La competitividad de un país depende, entre otros factores, de tres recursos claves: Las personas, el capital físico y los recursos naturales, que al combinarse favorablemente entre si aumentan el valor de los productos, procesos y servicios. En el caso de los recursos humanos, insumos como la salud y la educación juegan un papel preponderante para alcanzar una mayor productividad, calidad y valor y, por ende, realzan la capacidad competitiva de un país.[2]

Como elemento generador de la riqueza nacional, el sistema de salud está vinculado a las empresas privadas en un esquema de doble vía, donde es productor de suministros (bienes en salud) y a la vez es generador de oportunidades de negocios, de desarrollo económico y de ventaja competitiva.

Competitividad en salud implica precisar los factores que inciden en el costo de los insumos, los determinantes de la eficiencia y la productividad operativa de las empresas y de las propias prestadoras de servicios de salud, así como los factores inherentes a los precios, la calidad y la diferenciación de los productos.

Un país no puede aspirar al máximo nivel de crecimiento y competitividad si su sistema de salud es ineficiente o está subfinanciado. Los costos de esta ineficiencia impactan en las empresas, la productividad laboral y las familias. A pesar de este imperativo, la relación entre salud y competitividad ha sido poco estudiada y poco promovida en México y a nivel internacional.

C. ¿Por qué para la competitividad es tan importante la organización y el financiamiento del sistema de salud?

Invertir en salud es invertir en la competitividad de una nación, por su impacto en la productividad laboral y para potenciar el retorno de la inversión en la educación. A la vez, la eficiencia y el nivel de la inversión en los servicios de salud son determinantes de la salud de la población.

La inversión de recursos públicos y privados en salud es un factor particularmente importante porque la producción de la salud requiere de una inversión considerable que resta recursos para otros usos y la demanda de estos servicios es creciente. La población quisiera el máximo nivel de salud posible y factores como el envejecimiento ejercen una presión importante sobre la demanda y sobre los costos.

Las empresas pierden competitividad porque tienen que gastar ineficientemente en la atención de la salud de los trabajadores y sus familias. Estas ineficiencias incluyen:

- Un costo excesivamente alto por servicios de salud, lo cual se manifiesta en el doble o triple pago que realizan muchas familias aseguradas que utilizan servicios de salud privados devengado de su bolsillo y, en ocasiones, las mismas empresas para el reaseguramiento de su fuerza laboral a través de seguros privados.

- El ausentismo laboral por enfermedad del propio trabajador o de su familia o a causa del otorgamiento de incapacidades que no corresponden al problema de salud presentado.

- El valioso tiempo laboral perdido en la concertación y en la espera de citas médicas.

- La carencia de flexibilidad de los seguros públicos, lo cual restringe la movilidad laboral.

La falta de aseguramiento, oportunidades de prepago y protección financiera crea ineficiencias y genera una pérdida de recursos económicos. La evidencia nos señala claramente que pagar del bolsillo para recibir un servicio de salud en el momento de estar enfermo es la forma menos solidaria y menos eficiente para financiar la salud, pues no ofrece incentivos para la prevención de riesgos de salud y reduce el poder del paciente de buscar el servicio de mayor calidad y mejor precio.[1,9]

D. La inversión en salud es una inversión en la competitividad

La salud es fundamental para elevar la productividad de los trabajadores, la competitividad de las empresas y el crecimiento de las naciones. Para que un país o empresa sea eficiente y competitivo debe contar con ciudadanos, estudiantes y trabajadores saludables. En el plano internacional se cuenta con evidencia de la estrecha relación que prevalece entre los niveles de salud de la población y los alcances de las niñas y los niños en la escuela, la productividad laboral y el crecimiento económico de los países. (Cuadro 2)

Cuadro 2. El impacto de la salud en la educación, la productividad laboral y el crecimiento económico

- **Diferencias en la salud explican aproximadamente 17% de la variación en el producto por trabajador entre los países, lo cual es similar a lo que se atribuye a las diferencias en niveles de educación y capital físico.[10]**
- **Un aumento en 10% de la esperanza de vida puede elevar en 0.4% el crecimiento económico de una nación.[10]**
- **El crecimiento económico en Inglaterra entre 1780 y 1980 se debía en gran parte –aproximadamente 0.33% al año – a mejorías en la nutrición y la salud de los trabajadores.[11]**
- **Un aumento de un punto porcentual en la tasa de sobrevida de adultos se traduce en un crecimiento de entre 1.7 y 2.8% en la productividad laboral.[10]**
- **Un nivel nutricional inadecuado de la población (por debajo de 2,770 calorías diarias por persona) produce una pérdida de entre 0.23 y 4.7 puntos porcentuales del crecimiento anual del PIB per cápita, y un incremento promedio de 508 kilocalorías al día en la dieta de la población de un país contribuye a un incremento en el PIB per cápita de 0.7 por ciento.[12]**
- **Un estudio de la OMS (2001) elaborado en Indonesia reveló que los hombres que sufren anemia son 20 por ciento menos productivos que los que tienen niveles de nutrición adecuados.[13]**
- **Las inversiones en salud aumentan el rendimiento de las inversiones en la educación. Como ejemplo, las intervenciones para prevenir los parásitos entre los estudiantes reducen en un 25% el ausentismo escolar según un estudio realizado en Kenya.[14]**

E. ¿A cuánto asciende el costo de los sistemas de salud?

Evidencia internacional

La evidencia internacional demuestra que son los Estados Unidos de América el país que más gasta en salud al destinar en 2001 cerca de 14.1% del PIB a este rubro.[15]

En comparación en el año 2000, Alemania destinó el 10.6% de su PIB al gasto en salud; Francia el 9%; el Reino Unido más del 7.3 %, Japón destinó el 7%, y Canadà el 9.3%. (Figura 3)

La importancia de gastar eficientemente los recursos en salud, dado el costo de oportunidad de los mismos, se ilustra con el siguiente hecho: un desperdicio de 7.5 % del gasto en salud de los EEUU equivale a 1% del PIB de ese país (90 mil millones de dólares), lo cual, a su vez, representa un equivalente a la riqueza total de los estados de México y Nuevo León.

Evidencia nacional

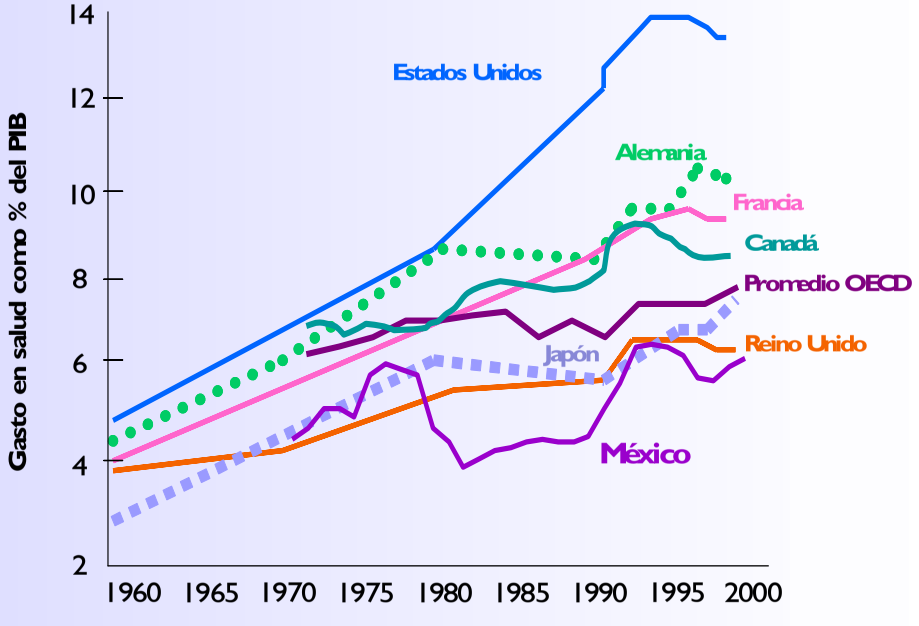
Los recursos destinados a atender la salud de la población de México en 2002 ascendieron a más de 33 mil millones de dólares, lo que representó 5.8 % del PIB, de los cuales 2.4 % correspondía a recursos públicos y 3.4% a recursos privados.[16]

A su vez, el gasto en salud de México es menor, como porcentaje del PIB, que el de otros países latinoamericanos con economías similares, o incluso más pequeñas, como Argentina, Brasil, Colombia, Chile, El Salvador, Paraguay y Uruguay.[17]

México se encuentra ante un doble reto y una paradoja: cómo invertir mejor para eliminar el uso ineficiente de los recursos escasos y, a la vez, cómo invertir más en la salud de su población.

Figura 3 : Gasto en salud como porcentaje del PIB

Países de la OCDE, 1960-2000



Fuentes:

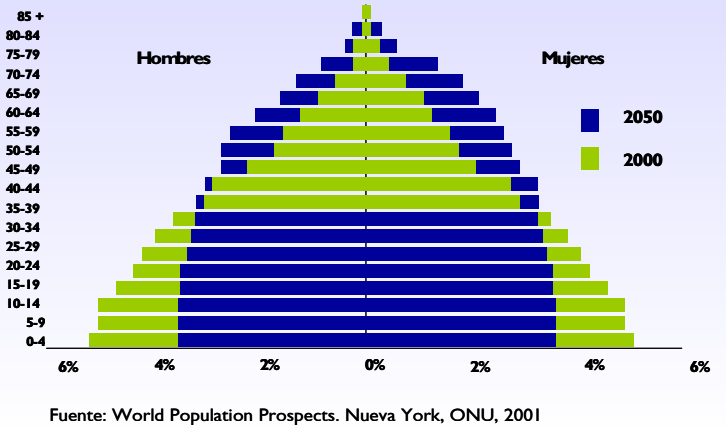
- Jones, C.I., Why Have Health Expenditures as a Share of GDP Risen so Much?, NBER, wp9325, Noviembre, 2002.
- Datos para México basados en "Gasto Público en Salud 1999-2000", Secretaría de Salud, 2002
- Commission on the Future of Health Care in Canada, *Bulding on Values*, Final Report. Noviembre, 2002.

Evidencia internacional

Las transiciones demográfica y epidemiológica traen, entre otras consecuencias, un acelerado proceso de envejecimiento, así como la concentración de la carga de la mortalidad y morbilidad en los padecimientos más caros. (Figura 4)

Una de las razones por las que el gasto en salud tiende a elevarse, es el crecimiento de la demanda de servicios a causa del envejecimiento que presenta la población mundial. El grupo de mayores de 60 años está creciendo más rápido que todos los demás grupos de edad, y entre 1950 y 2050 se espera que aumente de 200 millones a 2 mil millones de personas.

Figura 4: Transición demográfica en el mundo



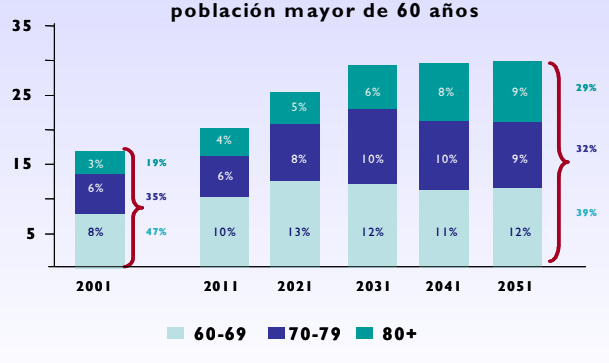
Fuente: World Population Prospects. Nueva York, ONU, 2001

Se estima, basado en las proyecciones del ritmo de crecimiento de la población, que el costo total mundial de la atención sanitaria a consecuencia del envejecimiento demográfico se elevará 41% entre 2000 y 2050. El aumento será del 36 % en los países más desarrollados y del 48% en los menos desarrollados. Este crecimiento hará que para esa misma fecha el gasto en salud en adultos mayores alcance el 11 por ciento del PIB mundial.[18]

El gasto en salud se está acrecentando en los mayores de 60 años. Cifras de la OCDE señalan que Japón gasta hoy 4.8 veces más per cápita en sus mayores de 65 años que en el resto de la población. En Canadá la cifra es 4.7 veces mayor; en Reino Unido 3.9 veces; en Francia 3; mientras que en Alemania se gasta 2.7 veces más.[19]

En Canadá el gasto per cápita en salud para la población de 85 años o más es casi 19 veces el gasto en la población menor de 15 años en 2001. Por otro lado, casi 17% de la inversión en la salud se concentró en la población mayor de 60 años y 3 % en los mayores de 80, para 2050 se estima que estas cifras crecerán a 30 y 9 por ciento, respectivamente. Además se concentrará más en la población mayor de 80 años. En 2001 el 19% del gasto en salud se invirtió en los mayores de 60 años y en 2050 la cifra será de 29%.[19] (Figura 5)

Figura 5: Gasto en salud en Canadá en la población mayor de 60 años



Fuente: Commission on the Future of Health Care in Canada, *Bulding on Values*, Final Report. Ottawa, Noviembre, 2002.

El desafío del crecimiento demográfico es especialmente grande para los países en vías de desarrollo como México. Mientras que a Francia le tomó 115 años incrementar la proporción de su población de edad avanzada de 7 a 14 %, en muchos países en desarrollo esto les tomará apenas 20 años o menos y el fenómeno habrá sucedido antes de 2040.

El desafío que representan las transiciones demográfica y epidemiológica para los sistemas de salud y las economías del mundo es grande. Sin embargo, hay evidencia importante que señala que la correlación entre el porcentaje de población mayor a 65 años y el porcentaje del PIB gastado en salud para este grupo poblacional es de -0.07 entre una muestra de países de la OCDE. Eso indica que no existe una asociación estadísticamente significativa. Tampoco hay una relación clara entre la expectativa de vida de la población -un indicador de los logros de la inversión en la salud y el desarollo económico de una nación -y el gasto en salud de la poblaciòn mayor. Esto sugiere que hay un importante rol para la eficiencia y la equidad del gasto en salud para contener el aumento de los costos de la atenciòn a la salud asociados a la transición demográfica y epidemiológica, y a la vez incrementa los niveles de salud de la población.[19]

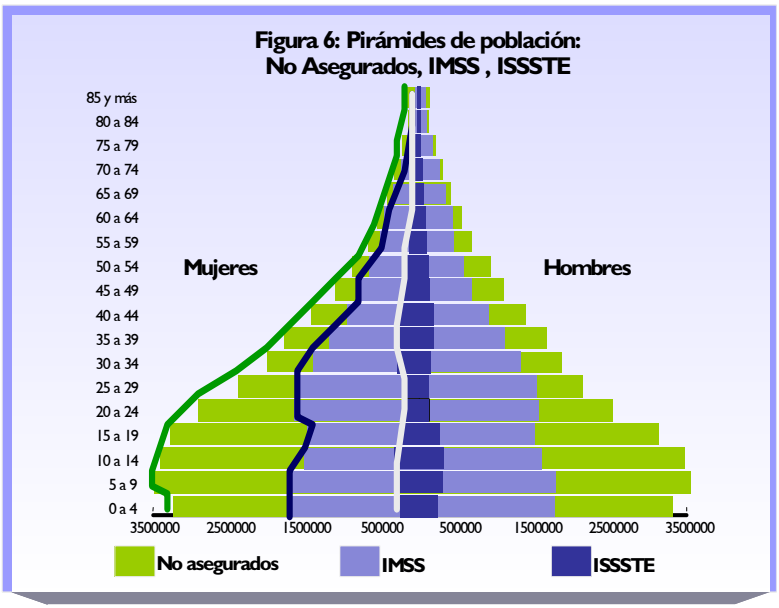
G. El envejecimiento en México e implicaciones para los costos de la atención a la salud

México se encuentra hoy en un momento crítico para implantar los incentivos adecuados para lograr un sistema de salud más eficáz, equitativo y productivo.

En medio siglo México tendrá niveles de envejecimiento que a los países europeos les tomó más de dos siglos alcanzar. En la actualidad uno de cada 20 mexicanos tiene más de 65 años (4.7 millones). En el 2050 México será un país muy distinto en el que una de cada cuatro personas tendrá más de 65 años, alcanzando los 26 millones.[20]

Los cambios en la estructura demográfica en México tendrán un fuerte impacto en la demanda por servicios de salud, el cual no se presentará de forma homogénea en las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud. El proceso de envejecimiento de los asegurados por el ISSSTE y del IMSS está hoy más avanzado que el de la población no asegurada lo que representa una presión más inmediata para estas instituciones. (Figura 6)

Figura 6: Pirámides de población: No Asegurados, IMSS , ISSSTE



Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda, México, 2000; Estimaciones FUNSALUD.

Además del envejecimiento hay otros factores que presionan al sistema de salud mexicano para ampliar su oferta de servicios en un corto plazo. En la actualidad, sólo 60 por ciento de sus asegurados utiliza los servicios del IMSS. Si todos los asegurados fuesen a utilizar los servicios, se estima que el número de médicos, camas y consultorios tendría que aumentar en 6 por ciento. Esta estimación es conservadora, dado que se basa en una proyección lineal y que se supone mantiene un mismo nivel de saturación y de tiempo de espera que el existente en la actualidad. (Cuadro 3)

Cuadro 3: Aumento en la demanda por servicios del IMSS suponiendo 100% de utilización por parte de los asegurados, Proyección lineal

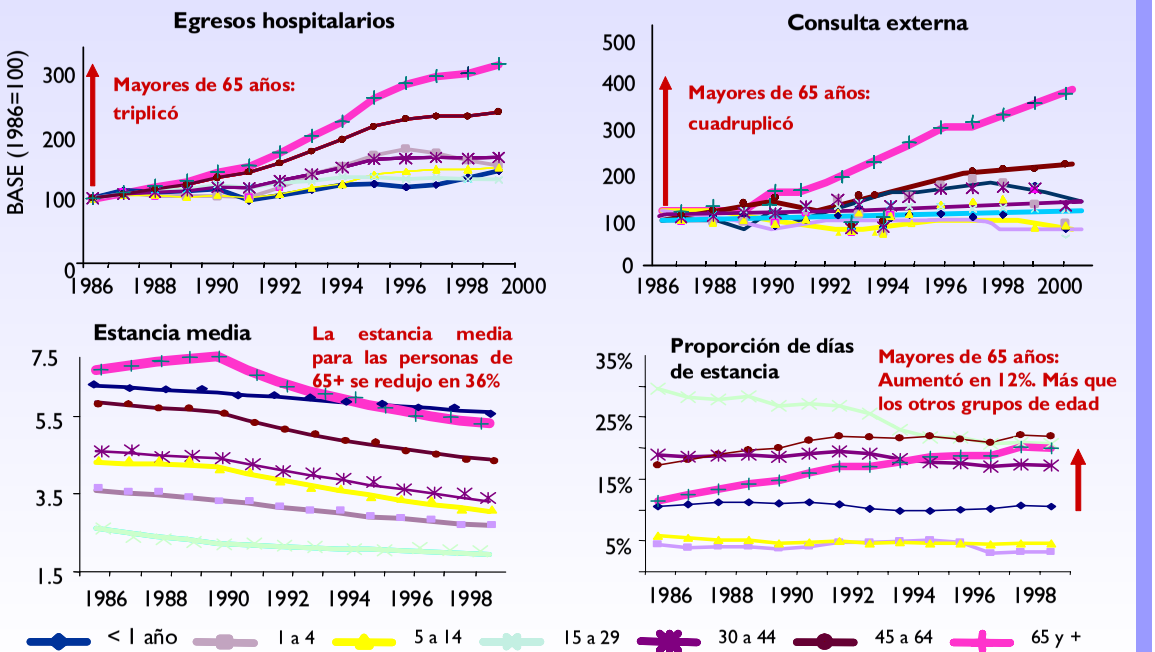
Tipo de Población	Población en miles	Médicos	Camas	Consultorios	Aumento en la demanda	Cambio porcentual
Usuarios actuales	27,870	37,539	28,340	13,793	———	———
Derechohabientes actuales	18,256	24,624	18,564	9,035	66%	34%

*Tasa de médicos por 1,000 usuarios: 1.35
*Tasa de camas por 1,000 usuarios: 1.02
*Tasa de consultorios por 1,000 usuarios: 0.49
+Es la extensión a toda la población del Seguro para la Familia del IMSS

Fuente: Zurita, B., González, A., Knaul, F. y Soberón, G., *Hacia un México más saludable*, FUNSALUD, 2000.

Las tendencias en el número y la distribución de egresos hospitalarios y consultas externas del IMSS muestran que en el periodo 1986-2000 la población adulta de 65 años y más es la que ha elevado en mayor medida su proporción de utilización de servicios con respecto a los demás grupos de edad. La proporción de los días estancia atribuible a los mayores de 65 años subió 12 por ciento durante ese mismo periodo, si bien la estancia media por hospitalización se redujo considerablemente. (Figura 7)

Figura 7: Cambios en los patrones de utilización de servicios de salud en el IMSS



Fuente: Subsistema SUI, Consulta externa y egresos hospitalarios, IMSS. Años respectivos; estimativo de FUNSALUD

El envejecimiento junto con mejoras en los sistemas de salud, llevaría a México a invertir más en su sistema de salud. Partiendo de una estructura de costos similar a la del IMSS, en el 2001 el aseguramiento de toda la población le hubiera costado al país 7.5 por ciento del PIB en el mismo año. Con el crecimiento poblacional y envejecimiento previsto para 2050 por CONAPO[20], dicho porcentaje se incrementaría a 11.3 por ciento en términos del PIB del 2050. Con el envejecimiento y el crecimiento poblacional previsto para 2050, el PIB del país tendría que crecer a una tasa de 4.5% entre 2001 y 2010, 4.3% al 2020, y 3.8% al 2050 para mantener este mismo nivel de gasto de 7.5% del PIB.

Si la intención fuera llegar en 2050 a una inversión en salud de 9.3 % del PIB, similar en nivel y distribución de lo que tenía Canadá en el 2000, implicaría crecer anualmente a un 6.2%. , con niveles de crecimiento del PIB de 3%, similar a lo que ha logrado México en las últimas tres décadas, se tendría que invertir el 20% del PIB del 2050 en salud para lograr invertir per cápita lo que Canadá invertía en términos reales en 2000; aproximadamente por ciudadano.

Dada la trayectoria del gasto en salud y la importancia del mismo como una inversión para lograr que México sea un país cada vez más productivo y competitivo, es esencial considerar la eficiencia y la eficacia de la inversión en salud para evitar el desperdicio de recursos hoy para enfrentar con éxito las presiones del futuro.

H. Impacto del sistema de salud en las empresas

La eficiencia del sistema de salud puede impactar en el desempeño de las empresas de varias formas. Las cuotas para el aseguramiento público de la fuerza laboral de las empresas, junto con las inversiones directas e indirectas que éstas realizan, representan una inversión importante en el sistema de salud. Dicha inversión constituye un componente muy amplio de los costos laborales del sector formal de la economía. Por lo tanto, es de suma importancia que las empresas, y los trabajadores a la vez, gocen de servicios de salud que correspondan, en calidad y cantidad, a la inversión realizada. Sin embargo, las empresas y los trabajadores incurren en costos como resultado de la ineficiencia y las deficiencias del sistema de salud. Estos incluyen los pagos dobles o reaseguro o por gastar directamente del bolsillo por servicios de salud en el sector privado y la perdida del tiempo laboral por ausentismo relacionado con tiempo de espera prolongado, entre otros factores. (Cuadro 4)

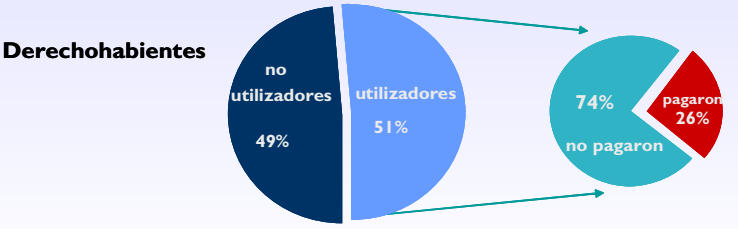
Cuadro 4: La eficiencia del sistema de salud puede impactar en el desempeño de las empresas de varias formas:

- Pago doble o triple por aseguramiento privado y público
- Ausentismo laboral
  - Enfermedad del trabajador
  - Enfermedad de familiares. Incapacidades
  - Tiempos de espera y para concertar citas
- Reducción de la movilidad laboral

El doble o triple pago que realizan las empresas y los empleados al recibir servicios de salud o para el reaseguro, es una fuente de ineficiencia que refleja, en muchos casos, necesidades de salud no satisfechas por el actual sistema de salud a la población asegurada.[1] El pago doble o triple ocurre cuando el trabajador, además de la contribución que él y su patrón realizan al sistema de seguridad social cada mes, tiene que realizar un nuevo gasto al recibir atención médica o por reasegurarse. De 51% de los asegurados que durante el año 2000 requirieron de servicios médicos, 26% realizó un pago adicional de bolsillo, ya fuera para recibir una consulta médica, someterse a exámenes, adquirir medicamentos, o para hospitalización. (Figura 8)

El doble o triple pago que realizan las empresas y los empleados al recibir servicios de salud o para el reaseguro, es una fuente de ineficiencia que refleja, en muchos casos, necesidades de salud no satisfechas por el actual sistema de salud asegurada.[1] El pago doble o triple ocurre cuando el trabajador, además de la contribución que él y su patrón realizan al sistema de seguridad social cada mes, tiene que realizar un nuevo gasto al recibir atención médica o por reasegurarse. De 51% de los asegurados que durante el año 2000 requirieron de servicios médicos, 26% realizó un pago adicional de bolsillo, ya fuera para recibir una consulta médica, someterse a exámenes, adquirir medicamentos, o para hospitalización. (Figura 8)

Figura 8: Ineficiencia en el gasto e implicaciones para las empresas: el pago doble



Fuente: SSA, Encuesta Nacional de Salud, México, 2000; cálculos FUNSALUD

Un aspecto clave es la pérdida innecesaria, para la empresa y para los trabajadores, del valioso tiempo laboral por enfermedad, ya sea por incapacidades exesivas , por tener que esperar para recibir atención médica, o por tener que cuidar a familiares enfermos o que tienen que recibir atención médica. Esto último será cada vez más importante en México por el aumento del número de personas mayores de 65, y por el incremento de la partcipación laboral de la mujer que en las últimas tres décadas ha sido de 18 a 39%.[21]

La pérdida de los tiempos laborales está relacionada a varios factores como las incapacidades que podrían ser demasiado generosas o resultado de una atención inadecuada en términos de los servicios de salud recibidos; y bien de un inadecuado seguimiento de las indicaciones médicas (adherencia terapéutica y recomendaciones de cambios de hábitos) por parte del paciente. Es también resultado de la pérdida de tiempo laboral cuando el empleado tiene que esperar para recibir servicios médicos, o invertir demasiado tiempo para concertar una cita. Estudios de caso sugieren que tanto los pacientes como sus acompañantes pierden varios días laborales en espera y en la realización de citas médicas, situación a la cual se este dando respuesta en el sector salud a través de programas de agilización de servicios. (Cuadro 5)

Cuadro 5. Estudio de caso

CASO		Costo individual	Costo de la empresa y del trabajador
Cáncer Señora 30 años, ama de casa acompañada por el asegurado. Ciudad de México.	Día 1: Solicitud de cita	• Gasto de transporte: $25 • Gasto de bolsillo: —	• Tiempo de transporte: 50 min • Tiempo de espera: — • Tiempo de consulta: —
	Día 14: Consulta con cita	• Gasto de transporte: $25 • Gasto de bolsillo en medicamentos: $6,300	• Tiempo de transporte: 50 min • Tiempo de espera: 5 hr. ½ • Tiempo de consulta: 10 min
	Día 15: Tratamiento	• Gasto de transporte: $25 • Gasto de bolsillo: —	• Tiempo de transporte: 50 min • Tiempo de espera: 4 hr. • Tiempo de tratamiento: 2 hr.
	Total	• Gasto de transporte: $75 • Gasto de salario: $6,300	Valor de las horas laborales perdidas por el acompañante • Tiempo de transporte: 2 hr. 1/2 • Tiempo de espera: 11 hr. 1/2 • Tiempo de consulta y tratamiento: 2 hr. 10 min • Valor estimado del tiempo : $83 por hora • Costo empresa: $1,283 • Días laborales perdidos: 2 ($1,333)

El rol de la empresa en promover la salud y prevenir la enfermedad entre los trabajadores y sus familias es potencialmente muy importante.

El rol de la empresa en promover la salud y prevenir la enfermedad entre los trabajadores y sus familias es potencialmente muy importante. El autocuidado de la salud es un insumo clave para reducir la enfermedad a través de hábitos saludables relacionados con la dieta, el ejercicio, el comportamiento ante el estrés, la higiene, el combate a las adicciones y las visitas regulares al médico. El espacio físico de la empresa y los tiempos laborales ofrecen oportunidades importantes para incidir en la prevención de riesgos y para promover el autocuidado de la salud.

Esta inversión por parte de empresa y trabajador podría llevar a una reducción importante de los costos directos e indirectos de las enfermedades. La prevención de la enfermedad resulta mucho menos costosa que su combate para los que prestan servicios, para las y los trabajadores, y en términos de días laborales perdidos por enfermedad.

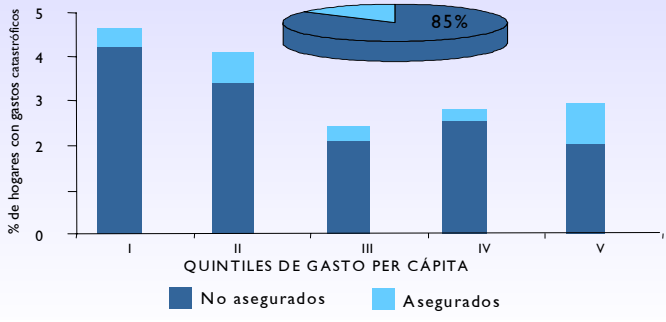
Además, es un factor que aumenta la productividad laboral. La inversión para la prevención de riesgos en salud podría resultar en amplias ganancias que deberían ser aprovechadas para reducir costos para la empresa, los trabajadores y el IMSS entre otros proveedores de servicios. Es importante tomar en cuenta que dichas ganancias se reflejarían también a nivel familiar, pues la prevención de las enfermedades de los familiares que no trabajan reduce la necesidad del ausentismo por parte de los trabajadores que lo hacen para cuidar a tales familiares, de todas las edades, incluyendo a los mayores de 65 años. En la actualidad hay importantes ejemplos de la promoción de la salud desde la empresa, como la estrategia que aplica el IMSS denominada PREVENIMSS".[22]

I. Protección financiera

La evidencia empírica y el planteamiento teórico explica que el prepago solidario por servicios de salud es una forma más solidaria y eficiente de financiar el sistema de salud de un país.[9]

En México se estima que hoy más de 55% de la población carece de oportunidades accesibles para realizar prepagos en favor de la protección de su salud.[16] Este grupo incluye a individuos que no trabajan y trabajadores no formales e independientes. Esto genera que muchas familias tengan que gastar excesivamente y de su bolsillo para la atención de la salud en el momento de utilizar los servicios y que entre 2 y 3 millones de familias al año sufran gastos catastróficos en salud que exceden al 30 por ciento de sus ingresos disponibles, después de satisfacer sus necesidades básicas.[16] Los gastos catastróficos afectan mayoritariamente a los hogares pobres. Se estima que 85% son hogares no asegurados que a la vez se concentran en los deciles más pobres. (Figura 9)

Figura 9: Hogares con Gastos Catastróficos en Salud



*Fuente: INEGI, Encuesta Nacional de Ingresos y Gatos de los Hogares, México, 2000; cálculos FUNSALUD

Implica también que las familias tengan que estar dispuestas a financiar en forma inmediata, no planeada e inesperada, altas sumas de dinero para cuidar su salud, lo que implica un impacto en su capacidad de ahorro de corto, mediano y largo plazo para alcanzar otras necesidades como vivienda y educación. A la vez, la falta de capacidad de ahorro de las familias tiene un impacto en el nivel de ahorro de las familias y en el nivel de ahorro global, mismo que se considera fundamental para el desarrollo económico del país. Precisamente para responder a esta realidad y para lograr un sistema financiero en salud más equitativo, justo y eficiente se aprobó en abril de 2003 la reforma a la Ley General de Salud y se creó el Sistema de Protección Social en Salud.

III. Estudios requeridos: Propuestas para México

Ante la imperativa de buscar un sistema de salud cada vez más eficás y eficiente, desde la Fundación Mexicana para la Salud se creó el proyecto Competitividad y Salud y el Consejo Promotor del mismo. El proyecto, en su parte de investigación, incluye once líneas de estudio diseñadas para profundizar sobre la relación dual entre competitividad y salud y para generar propuestas sobre como mejorar el impacto de la salud en la competitividad incluyendo iniciativas desde las empresas.

Los once temas que se están desarrollando son:

1. La importancia de la salud para la competitividad y la importancia de la competitividad para la salud (marco conceptual)

A pesar de la relación fundamental entre la salud y la competitividad, el impacto del financiamiento y la organización del sistema de salud en la competitividad ha sido poco estudiado y poco incorporado en los modelos y programas para medir y aumentar la competitividad de las industrias y de los países. El enfoque de la competitividad tampoco ha sido lo suficientemente insertado en la planeación y la organización del sistema de salud.

Se busca analizar y documentar las formas en que la competitividad impacta, de una parte, en la producción de servicios de salud y las condiciones de salud y de otra, cómo el sistema de salud impacta en la competitividad, aplicando los conceptos de la competitividad que han sido desarrollados para otros sectores de la economía.

2. ¿En cuánto contribuye la salud a la competitividad y en cuánto podría contribuir en el futuro? (estudio empírico)

Como complemento al marco conceptual, este componente del proyecto busca cuantificar el impacto actual y potencial que podría tener la salud y el sistema de salud en la competitividad, a niveles micro y macroeconómicos. El potencial impacto se enmarca en las proyecciones del gasto en salud y las oportunidades para aumentar la eficiencia del sector salud.

Asimismo, se pretende construir indicadores de competitividad para el secto salud con base en aspectos como la eficiencia y laproductividad en la utilización de insumos , los precios, la calidad y el acceso para poder incorporar al sector salud en el marco empírico de competitividad a nivel nacional e internacional.

3. La importancia de la prestación de servicios de salud para la productividad y la competitividad desde la perspectiva empresarial

A través de estudios de caso en las empresas y de una revisión de la literatura existente, se busca documentar y cuantificar las vías a través de las cuales la salud y el sistema de salud impactan en la productividad y en las ganancias del sector privado.

4. Identificar un conglomerado de salud de México y sus cadenas estratégicas de generación de valor agregado.

Se busca identificar los conglomerados de empresas relacionadas con la salud, que resulta esencial para entender, en toda su magnitud, los procesos generadores de competitividad, tanto para proveedores, como de empresas en sectores e instituciones conexas, los cuales son determinantes de la creación, sostenimiento o deterioro de la capacidad competitiva. Las fluctuaciones o tendencias de una u otra manera significan impactos en el valor agregado para la salud.

Asimismo, se pretende observar al grupo de empresas e instituciones desde la perspectiva de un conglomerado, lo cual permita apreciar las oportunidades de coordinación y mejora mutua en áreas de interés común, bajo la premisa de que ampliar el valor agregado de cada unidad de negocio multiplica el valor económico del conglomerado en su conjunto y magnifica la competitividad nacional.

5. La importancia del aseguramiento y el prepago en salud para la competitividad a nivel país, empresa, familia e individuo.

Los gastos catastróficos en salud impactan en los ingresos a nivel individual, hogar, empresa y país. Este estudio busca cuantificar las ganancias que se podría esperar con el aseguramiento universal, incluyendo el impacto en indicadores macroeconómicos como el ahorro.

6. Proyección de la demanda para los servicios de salud

El objetivo de este componente de estudio es proyectar la demanda y los costos de atención a la salud de la población mexicana, tanto la derechohabiente a la seguridad social como la no asegurada y bajo diferentes escenarios, en los próximos 50 años entendidos como función de factores tales como el envejecimiento, la transición epidemiológica, las tendencias laborales, la participación laboral de hombres y mujeres, y los avances en la tecnología.

7. Los saltos en el conocimiento y en la tecnología como factores determinantes de la competitividad

Este ensayo busca ilustrar, desde una perspectiva histórica, y con una visión del futuro, el impacto que han tenido y que podrían tener los avances en la tecnología de la salud y de la tecnología en la salud. La historia nos demuestra como descubrimientos en salud han sido catalizadores de grandes saltos en la producción de salud y en la reducción de los costos de atención, los cuales han permitido avances en indicadores como la expectativa de vida de mucho mayor alcance que el derivado de los aumentos en el nivel de ingreso y el desarrollo económico de los países.

A la vez, nuevas tecnologías como la telemedicina y descubrimientos científicos, como el genoma humano, ofrecen perspectivas y expectativas similares silos países, y en particular los que están en vías de desarrollo como México, logran aprovechar y participar de sus beneficios. Por otro lado, la tecnología moderna representa un desafío en términos del aumento en costos y las necesidades de inversión en salud. Este estudio ofrece una perspectiva de la importancia de participar en y de buscar implementar en México la tecnología que ofrecerá grandes saltos en la producción, el acceso y la equidad en salud para acrecentar la productividad y competitividad del sector y del país.

Este trabajo será realizado en conjunto con la Unidad Promotora de Tecnologías para la Salud del propio FUNSALUD.

8. Cálculo del costo e implicaciones de incapacidades y ausentismo laboral por problemas de salud individual y familiar.

Se buscará cuantificar el monto y las causas de las incapacidades y el ausentismo laboral incluyendo una estimación de los tiempos laborales invertidos en la solicitud de citas médicas y la espera previa a la consulta, haciendo uso de las bases de datos de las instituciones públicas e información proporcionada y recolectada en las empresas.

9. Estudios de caso de experiencias de prestación plural e inversión en el fomento de la salud desde las empresas.

Este estudio buscará identificar los diferentes beneficios relacionados a la reducción de costos y el ausentismo laboral, el aumento de la productividad, y la satisfacción de empleados que las empresas obtienen con esquemas alternativos de atención a la salud, particularmente en relación a la contratación de servicios privados. Se busca, asimismo analizar las condiciones por las cuales las empresas deciden contratar servicios de salud adicionales a la seguridad social.

10. Propuestas innovadores para las contribuciones de las empresas a la producción de la salud.

Este estudio busaca profundizar sobre el rol de la empresa en promover la salud, dentro y fuera del ámbito laboral de los trabajadores, sus familias y comunidades, y en apoyar al trabajador y su familia en la interacción con el sistema de salud. Con ello este componente ofrecerá opciones para abatir costos y aumentar la eficiencia del sistema de salud a través de la prevención de la enfermedad y el mejoramiento de la interacción del trabajador con el sistema.

I. Prevención de riesgos , autocuidado de la salud y estilo de vida saludable y cambio de hábitos.

A partir de la revisión exhaustiva de experiencias previas, tanto nacionales como internacionales y de evidencia generada a través de la investigación en la empresa, se plantea desarrollar un estudio sobre la implantación de programas de salud orientados a la promoción de estilos de vida saludables y a la prevención de riesgos contra la salud en empresas de México.

El estudio se concentra en aspectos como la promociòn de la buena nutrición y alimentación, el ejercicio y el deporte, la reducción del estrés, como combatir las adicciones como el tabaco, con intervenciones tales como espaciòs libres de humo.

II. Abasto de medicamentos

Se pretende realizar el diagnóstico de la accesibilidad de medicamentos mediante la obtención de información primaria en algunas empresas y el análisis de bases de datos con información sobre gasto en este rubro. Se buscará además analizar el impacto que representa en los ingresos de trabajadores asegurados el tener que incurrir en gastos de bolsillo para pagar por medicamentos, y el rol que podría jugar la empresa en mejorar este aspecto de la atención a la salud.

III. Consulta externa

Se busca analizar el impacto de los costos en el ingreso de los trabajadores por tener que pagar consultas fuera de los servicios de seguridad social. Asimismo, se quiere analizar el desperdicio que esta utilización de servicios de consulta externa en la seguridad social representa para la empresa y el trabajador, cuantificado a partir de los tiempos de ausencia de sus trabajadores al tener que buscar atención en repetidas ocasiones, y buscar opciones en las que la empresa pueda apoyar al trabajador y al sistema de salud en este rubro.

IV. Adherencia terapéutica y a recomendaciones de cambios de hábitos

Se pretende identificar patrones de adherencia al tratamiento y razones subyacentes en grupos de trabajadores de diversos ramos de la industria, de acuerdo a padecimientos específicos, así como hábitos o prácticas relacionadas con la salud. De la misma manera se buscará plantear recomendaciones a las empresas sobre distintas acciones que pueden llevarse a cabo para fomentar la adherencia al tratamiento entre sus empleados así como el cambio de hábitos hacia prácticas más saludables.

V. Políticas laborales innovadores y flexibles para el cuidado de la salud familiar

Se busca analizar los resultados obtenidos en los otros componentes de la propuesta e identificar problemas o necesidades específicas en materia de políticas laborales relacionadas con la salud. También se realizará una revisión del estado del arte en materia de políticas laborales en distintos países, especialmente aquellos que apoyen el cuidado de la salud familiar. Finalmente, se pretenden formar recomendaciones de política pública que integren mecanismos innovadores en el ámbito laboral que apoyen al trabajador en el cuidado de su salud y el de su familia.

11. Identificar y proponer áreas estratégicas de inversión y esquemas de participación del Sector Privado para acrecentar la competitividad en salud.

Este documento es el resumen de conclusiones y respuestas que buscará ofrecer una visión transversal y de conjetura en relación a los otros diez componentes que conforman el proyecto Competitividad y salud. La identificación de áreas estratégicas de inversión en el sector salud como en las empresas y demás actores para poder impactar en la competitividad del sector y participar en la producción de la salud de las personas y del país y así en la contribución de la salud en la competitividad nacional.

IV. Referencias

1. Frenk J. et al., *Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México.* Fundación Mexicana para la Salud, México, 1995, p. 401.
2. Schwab K., Porter M. E., Sachs J. D., *The Global Competitiveness Report 2001-2002*, World Economic Forum, Enero, 2002.
3. World Bank, Globalization, *Growth and Poverty: Building an Inclusive World Economy,* Washington, D.C., 2003.
4. United nations, *Conference and Development Reports, 1970 y 2000.*
5. Frankel J., "Globalization of the Economy" in *Governance in a globalization World*, by Nye J., Donahue J., eds, Brookings Institution Press, Agosto, 2000.
6. World Bank, *World Development Indicators 2001*, Washington, D.C., April, 2001.
7. Comisión Federal de Telecomunicaciones (COFETEL) y SELECT, Usuarios de Internet en México, 2003.
8. Comisión Federal de Telecomunicaciones (COFETEL), *Líneas Telefónicas en Servicio y Densidad Telefónica 1990-2003.* Dirección General de Tarifas e Integración Estadística del Área Económica, México, 2003.
9. WHO, *Macroeconomics and Health: Investing in health for economic Development*, Report Commission on Macroeconomics and Health, Genova, Diciembre, 2001, p. 202.
10. Bloom D.E., Canning D., Sevilla J., *Health, human capital and economic growth.* Working Group I, WP: 8, WHO, CMH, Geneva, 2001.
11. Fogel R. W., *Economic Growth, Population Theory, and Physiology: The Bearing of Long-Term Processes on the Making,* The American Economic Review, Vol. 84; No. 3, Junio, 1994, pp. 369-395.
12. Arcand J. L., *Undernourishment and Economic Growth: The Efficiency Cost of Hunger*, FAO Economic and Social Development WP: 147, Rome, 2001, p. 60.
13. Thomas D., Frankenberg E., *Health, Nutrition and Economic Prosperity: A Micro Economic Perspective*, University of California, California Center for Population, WP: CCPR-003-02, Los Angeles, California, 2002, p. 18.

14. Miguel E., Kremer M., *Worms: Education and Health Externalities in Kenya,* WP: 8441, National Bureau of Economic Research, Cambridge, Julio, 2001, p. 64.
15. Heffler S., Smith S., Won G., et al., *Health spending projections for 2001-2011: the latest outlook. Faster health spending growth and a slowing economy drive the health spending projection for 2001 up sharply*, Health Affairs, Vol. 21; No. 2, Marzo-Abril, 2002, pp.207-218.
16. Secretaría de Salud., Salud México 2002: *Información para la rendición de cuentas,* México, 2003.
17. Organización de las Naciones Unidas, *Asamblea General de la ONU sobre Envejecimiento*, Nueva Cork, 2002.
18. Anderson G. F., Hussey P. S., *Health and Population Aging: A Multinational Comparison*, WP: 354, The Commonwealth Fund, Octubre, 1999, p. 65.
19. Romanow R. J., *Building values the future of health care in Canada*, Commission on the Future of Health Care in Canada, Canada, Noviembre, 2002, p. 392.
20. Consejo Nacional de Población., *El envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas,* México, 1999, p. 382.
21. Secretaría de Programación y Presupuesto *Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, 1980* y Banco de Información Económica, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México (www.inegi.gob.mx)
22. Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS, México, 2003. (www.imss.gob.mx/IMSS/dpmedicas/servicios/index.htm)

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD

Consejo Directivo 2001-2003

Presidente:

Antonio López de Silanes Pérez

Vicepresidentes:

Desarrollo de Recursos Humanos	José Alfredo Santos Asséo
Educación para la Salud	Carlos Fernández González
Finanzas	Rubén Goldberg Javkin
Nuevos Desarrollos en Salud	Olegario Vázquez Aldir
Nutrición y Salud	Eugenio Minvielle Lagos
Políticas y Sistemas de Salud	Ricardo Rosenkranz Stein

Consejeros:

Alfonso Álvarez Páramo
María Luisa Barrera de Serna
Clemente Cabello Pinchetti
Alfonso de Angoitia Noriega
Pablo García Sainz
Alejandro Galindo Acosta
Carlos González Zavalegui
Jorge Juraidini Rumilla
Marina Matarazzo de Escandón
Julio A. Millán Costabile
Adrián Pérez Martínez
Xavier Reyes Ponce
María del Carmen Servitje de Mariscal
Alexander van Tienhoven
Antonio Ariza Alduncín
Juan Carlos Braniff Hierro
Jaime Chico pardo
Frank Devlyn
Francisco Garza Zambrano
Emilio González López
Flora Hernández Pons de Merino
Alejandro Legorreta Chauvet
Alfredo Miguel Afif
José Mora Hernández
José represas Pérez
Héctor Senosiain Aguilar
Federico Terrazas

Consejo de Ex Presidentes

Carlos Abedrop Dávila
Pablo Escandón Cusi
Ernesto Rubio del Cueto
Enrique Robinson Bours Almada
Manuel Martínez Domínguez
E. Guillermo Salas Peyró

Presidencia Ejecutiva

Presidente Emérito	Guillermo Soberón
Presidente Ejecutivo	Manuel Hugo Ruíz de Chávez Guerrero
Coordinador General	José Cuauhtémoc Valdés Olmedo
Centro de Análisis Social y Económico	Gustavo Nigenda
Consultoría	Gregorio Martínez Narváez
Iniciativa SIDALAC	José Antonio Izazola Licea
Fondo Nestlé	Pedro Arroyo Acevedo
Economista Principal (con licencia)	Felicia Marie Knaul
Educación para la Salud	Mariano García Viveros
Campaña Escucha a tu cuerpo	Lourdes Guiza

Comité Técnico Asesor

Manuel Campuzano Fernández	Alejandro Cravioto
Roberto Kretsschmer Schmidt	Ana Langer
Adolfo Martínez Palomo	Jaime Martuscelli Quintana
José R. Narro Robles	Jaime Sepúlveda Amor
Julio Sotelo	Misael Uribe Esquivel

Grupo Asesor Internacional

Bernt Aasen	Eduardo Cepeda
Eliondo Díaz Cisneros	John Donnelly S.
Gullermo Fernández	Karl Frei
Henri E. Jouval	Oliver Lafourcade
Luis Niño de Rivera	Gerhardt Reuss
Alexander G. Van Tienhoven	Ernesto Warnholtz

Capítulos Foráneos

Nuevo León	Jaime M. Benavides
Jalisciense	Victor Sarquís Sadé
Peninsular	Fernado Ponce García
Puebla	Rodolfo Budib Name
Sonora	Roberto Mazón Rubio

FUNDACION MEXICANA PARA LA SALUD

Asamblea General de Asociados

Asociados Fundadores

Carlos Abedrop Dávila
Alejandro Aboumrad Gabriel
Rubén Aguilar Monteverde
Miguel Alemán Velasco
Ernesto Amtmann Obregón †
Jerónimo Arango Arias
Manuel Arango Arias
Ignacio Aranguren Castiello
Francisco Arroyo Chávez †
Emilio Azcárraga Milmo †
Alberto Bailleres González
Guillermo Ballesteros Ibarra
Jaime M. Benavides Pompa
Gilberto Borja Navarrete
Enrique R. Bours Almada
Alfred Brauer Bier
Enrique Bremond Pellat
Rodolfo Budib Name
José Carral Escalente
Pedro Cerisola Benvenutti
Manuel Conde Palazuelos
Jaime P. Constantiner †
Jorge A. Chapa Salazar
Henry Davis Signoret
Guillermo Elizondo Collard
Pablo Escandón Cusi
Mánolo Fábregas †
Alejandro Garza Lagüera
Eugenio Garza Lagüera
Francisco Gómez Franco
Antonio Gutiérrez Prieto †
Max Gutman Lisfchutz
Enrique Hernández Pons †
Eduardo Ibarrola S. †
Moisés Itzkovich Sod
Sarquís Jalil Ocle †
Eduardo Legorreta
Sandra López Benavides
Antonio López de Silanes Pérez
Antonio López de Silanes y Salinas †
Prudencio López Martínez
Nicolás Madahuar Cámara
José Madariaga Lomelín
José Miguel Nader †
Mario Moreno †
Rómulo O´Farril Jr.
Arturo Peniche
Alejo Peralta †
Fernando Ponce García
Abel Quezada Calderón †
Bernardo Quintana Isacc
Gregorio Ramírez González †
Pedro Ramírez Vázquez
Carlos Eduardo Represas de Almeira
Adrián Sada González
E. Guillermo Salas Peyró
Alberto Santos de Hoyos
Alfredo Santos Mazal †
Victor Sarquís Sadé
Jean Claude Savoir Vilboef
John P. Scott
David Serur Edid
Lorenzo Servitje Sendra
Carlos Slim Helú
Jaime Souza Galán
Juan Suberville
Jacobo Zaidenweber Cvilich
Marcelo Zambrano Helllion †

B. Asociados Activos

Carlos Álvarez Bermejillo
Alfonso Álvarez Páramo
Ricardo Álvarez Tostado
Jaime Alverde Goya
Antonio Ariza Alduncín
Antonio Ariza Cañadilla
Pedro Aspe Armella
Carlos F. Autrey Maza
Gastón Azcárraga Andrade
María Luisa Barrera de Serna
Rodolfo F. Barrera Villareal
Gonzalo Bautista O´Farril
Isaac Becker Kabacnick
Mario Ramón Beteta Monsalve
Juan Carlos Braniff Hierro
Guillermo Braniff Suinaga
Pablo Brener
Benito Bucay Faradji
Clemente Cabello Pinchetti
José Carral Cuevas
Ramón Xavier Carreón Arias
Maldonado
Oscar Francisco Cazares Elías
José Antonio Cortina Suárez
Antonio Cosió Ariño
Eduardo Cué Morán
Antonio Chedraui Obeso
Isaac Chertorivski Shkoorman
Jaime Chico pardo
Alfonso de Angoitia Noriega
Alonso de Garay Gutiérrez
Frank J. Devlyn
Jorge Dipp Murad
Michel Domit Gemayel
Javier Elguea Solís
Ma. Eugenia Espinosa de
López de Silanes
Amparo Espinosa Rugacía
Rafael Fajer García
Carlos Fernández González
Alejandro Galindo Acosta
Silvio García Patto
Pablo García Sainz
Bernardo Garza Sada
Francisco Garza Zambrano
Rubén Godberg Javkin
Roberto González Barrera
Claudio X. González Laporte
Emilio González López
Carlos González Nova
Guillermo González Nova
Carlos González Zabalegui
Xavier González Zirión
Ricardo Guajardo Touché
José Luis Guerrero Álvarez
Eric Hagsater Gartenberg
Carlos Hank Rhon
Alfredo Harp Helú
Ignacio Hernández Álvarez
Flora Hernández Pons de Merino
Miguel Jáuregui Rojas
Arturo Jiménez Bayardo
Jorge Juraidini Rumilla
Mario Laborín Gómez
Víctor Lachica Bravo
Fernando Pedro Landeros
Verdugo
Alejandro Legorreta Chauvet
Jaime Lomelín Guillen
Luis Maldonado Palomares
Nicólas Mariscal Toroella
Manuel Martínez Domínguez
Alejandro Martínez Gallardo
Marina Matarazzo de Escandón

Elías Mekler Klanchky
José Mendoza Fernández
Alfredo Miguel Afif
Julio A. Millán Costabile
Eugenio Minvielle Lagos
José Mora Hernández
Raúl Muñoz Leos
Mario Padilla Nicolín
Adrián Paéz Martínez
Federico Patiño Márquez
Juan Antonio Pérez Simón
José Carlos Pérez y Pérez
Pedro Pinson Edelen
José Represas Pérez
Xavier Reyes Ponce
Carlos Roel Schreurs
Alfonso Romo Garza

Víctor Rubira Nuñez
Guillermo Ruiz Reyes
Manuel Saba Ades
Carlos Sánchez Navarro
José Alfredo Santos Asséo
Héctor Senosiain Aguilar
Clemente Serna Alvar
María del Carmen Servitje de Mariscal
Saturnino Suárez Fernández
Ignacio Sunderland Méndez
Féderico Terrazas Torres
Misael Uribe Esquivel
Oscar Uribe de la Sierra
Alexander G. van Tienhoven
Olegario Vázquez Aldir
Luis R. Velasco Mancera
Marcela Woodworth de Madariaga

Asociados Institucionales

Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública
Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica
Caterpilar Inc.
Cervecería Cuauhtémoc Moctezuma, S.A. de C.V.
Compañía Nestlé México, S.A. de C.V.
Consupharma, S.A. de C.V.
Empresas ICA, Sociedad Controladora, S.A. de C.V.
Fundación GlaxoSmithKline
General Motors
Grupo Araman, S.A. de C.V.
Grupo Cemex México, S.A. de C.V.
Grupo Empresarial Olmeca, S.A. de C.V.
Industrial Bacardí de México, S.A. de C.V.
Grupo Salas, S.A. de C.V.
Hospital Angeles del Pedregal, S.A. de C.V.
Hospital Metropolitano, S.A. de C.V.
Hospitales Nacionales, S.A. de C.V.
Laboratorios Bayer de México, S.A. de C.V.
Laboratorios Columbia, S.A. de C.V.
Laboratorios Liomont, S.A. de C.V.
Laboratorios Sanfer S.A.
Laboratorios Silanes, S.A. de C.V.
Laboratorios Wyeth, S.A. de C.V.
Merck Sharp and Dome, S.A. de C.V.
Meximed, S.A. de C.V.VEN-SALUD
NADRO, S.A. de C.V.
Procter and Gamble de México, S.A.
Sistemas de Transporte Colectivo Metro
Televisa, S.A. de C.V.

Asociados Honorarios

Carlos Abedrop Dávila
Rubén Aguilar Monteverde
Norman Bourlang
Jaime P. Constantiner †
Ramón de la Fuente Muñiz
Jesús Kumate Rodríguez
Miguel de la Madrid Hurtado
Harvey Fineberg
Carlyle Guerra de Macedo
David A. Hambug
Abraham Horwitz †
Ryk Ward †
Salvador Zubirán Anchondo †

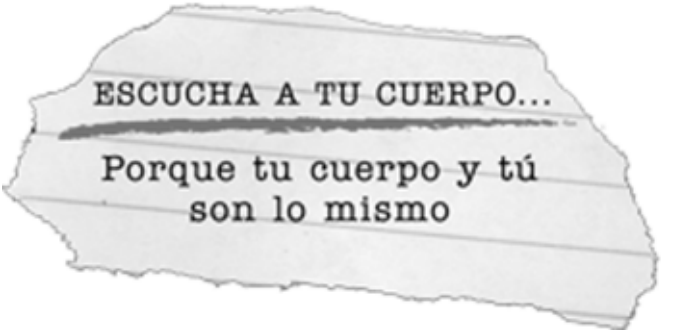
Consejo Promotor Competitividad y Salud

Presidente:

Pablo Escandón Cusi

Miembros:

Ricardo Amtmann
Pablo de la Peza
Calos Fernández González
Ricardo González Sada
Antonio López de Silanes
Manuel Martínez Domínguez
Eugenio Menvielle Lagos
Roberto Mercadé
José Luís Román-Pumar
Manuel Saba Ades
Olegario Vázquez Aldir
Grupo Financiero BBVA-Bancomer



Mira por los demás

economía y salud

documentos para el análisis y la convergencia

19

El proyecto *Competitividad y Salud: hacia un sistema de salud más eficaz y eficiente*, busca profundizar en la relación dual que existe entre la competitividad del país y su sistema de salud.

El objetivo del proyecto es promover el análisis del impacto que tiene la salud tanto en el crecimiento como en el desarrollo económico, con el fin de proponer iniciativas concretas que permitan a las empresas participar en el incremento de la competitividad en todos los sectores y sistemas productivos a través de la inversión en salud.

El análisis se hace a partir de la evidencia nacional e internacional y de los retos y oportunidades que enfrenta México en un ambiente de competitividad internacional, respondiendo además a las transiciones epidemiológica y demográfica, así como al incremento significativo en la demanda por servicios de salud que se prevé en los próximos años a raíz del envejecimiento.

El proyecto contribuye a abrir nuevos horizontes, ya que la relación entre competitividad y salud ha sido poco estudiada a nivel nacional e internacional, a pesar de las fuertes implicaciones que tiene sobre el desarrollo económico, humano y social del país.

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD
Institución privada al servicio de la comunidad