



## La salud y la seguridad social

Leonardo Lomelí Vanegas\*

Al concluir el gobierno de Vicente Fox, es frecuente escuchar entre sus defensores que el insuficiente crecimiento económico que registró la economía en estos años se debe al hecho de que el Congreso de la Unión no quiso aprobar tres reformas estructurales de las que se esperaba una importante contribución para incrementar la capacidad de crecimiento de la economía. Estas tres reformas (la fiscal, la energética y la laboral) hubieran contribuido, tal y como se afirmaba en el Programa Nacional de Financiamiento del Desarrollo (Pronafide) presentado por la Secretaría de Hacienda en 2002, a incrementar significativamente el productor interno bruto potencial o dicho de otra forma, la capacidad de expansión de la economía en su conjunto. Más allá de discutir hasta que punto estas tres reformas hubieran tenido, en caso de haberse aprobado, estos efectos positivos sobre el desempeño económico del país, el objetivo de este artículo es argumentar sobre la necesidad de una cuarta reforma que está íntimamente ligada a las reformas fiscal y laboral y que si bien no necesariamente aumentará en el corto plazo la capacidad de crecimiento del país, en caso de seguirse posponiendo podrá afectar en el mediano y largo plazos la capacidad de crecimiento de la economía nacional. Se trata de la reforma de la seguridad social, que a su vez se encuentra estrechamente relacionada con la reforma a los sistemas de salud.

Durante décadas, la extensión de los servicios de salud se basó en la ampliación de la cobertura de los seguros sociales para trabajadores del sector formal de la economía y dependió básicamente de dos grandes organismos, el Instituto Mexicano del Seguro Social para los trabajadores del sector privado de la economía y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado, para el sector público. Otros organismos atendieron a las fuerzas armadas y algunas de las principales empresas paraestatales cuentan también con sus propios sistemas de seguro social. Sin embargo, la crisis de los años ochenta trajo un cambio estructural en la economía y en la dinámica de los mercados laborales, de tal suerte que el sector informal, que siempre había ocupado un lugar importante, comenzó a crecer aceleradamente como consecuencia de la incapacidad de la economía para generar suficientes empleos en el sector formal. De esta manera una crisis que se hubiera dado de todas formas por la transición demográfica, se adelantó por lo menos tres décadas para el caso del IMSS, provocando el agotamiento de su sistema de reparto. El ISSSTE por su parte siempre ha enfrentado una situación más compleja, por el mecanismo de reconocimiento de derechos que implicó que desde su creación tuviera que hacer frente a importantes obligaciones, lo que aunado al estancamiento del empleo público, ha provocado un déficit creciente en sus diferentes seguros.

\* Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Economía y Secretario Técnico del Seminario Universitario de la Cuestión Social.



Fue así como entró en crisis el régimen de seguro social limitado que comenzó a desarrollarse en el país después de la Revolución, si que hubiera alcanzado una cobertura universal, a la que se aspiraba por la vía del crecimiento del empleo formal. En su lugar, el espectacular crecimiento de las actividades informales ha contribuido a que aproximadamente la mitad de la población haya quedado sin protección por parte de estos organismos. Hasta ahora, la crisis del IMSS y del ISSSTE se han visto por separado y las soluciones que se han intentado han sido parciales, sin ni siquiera ofrecer viabilidad de largo plazo para el IMSS, el primer organismo en ser reformado. Lo que se pretende demostrar en el presente artículo es que la renuencia a abordar el problema desde una visión de conjunto, que se haga cargo de la complejidad del problema y de los altos costos económicos y sociales que conlleva persistir en la segmentación de los sistemas de seguro social y salud pública, ha pospuesto la discusión sobre una reforma tan importante como la fiscal o la laboral y que de no acometerse en el muy corto plazo, comprometerá significativamente el margen de maniobra de los futuros gobiernos de la República por la evolución esperada de los pasivos contingentes asociados a la crisis de la seguridad social y por los costos de atención crecientes de los servicios médicos.

A pesar de los intentos por separarlas, la reforma de los sistemas de salud sigue estando íntimamente relacionada a la de los sistemas de pensiones. La explicación es simple: durante décadas fueron administrados por organismos que incluían seguros los seguros de enfermedad y muerte dentro de los encaminados propiamente a la protección social de los trabajadores. La separación en 1997 de la administración del sistema de pensiones del IMSS y su transformación en un sistema de cuentas individuales operado por empresas especializadas, no resolvió el problema estructural del IMSS, que ha sido el déficit crónico del Seguro de Enfermedad y Maternidad. La reforma actualizó las primas del seguro para corregir el déficit, pero no previó su evolución futura, que se ha vuelto a traducir en un déficit. El Seguro de Enfermedad y Maternidad del ISSSTE es también deficitario. Al mismo tiempo, el gobierno federal ha creado un Seguro Popular de Salud que en el corto plazo permite el acceso a un paquete de servicios básicos a la población no asegurada, pero en el largo plazo tampoco constituye una alternativa viable por sus costos, por sus limitaciones tanto de cobertura como de prestaciones y porque refuerza la ineficiencia en la asignación de recursos dentro de los sistemas de salud pública ante la incapacidad de aprovechar economías de escala y de lograr una coordinación más eficiente entre organismos para construir un auténtico sistema de salud.

### Salud

México ha logrado significativos avances en materia de salud en las últimas décadas. Se han registrado incrementos sostenidos en la esperanza de vida, se han erradicado enfermedades infecciosas fácilmente transmisibles que en el pasado se contaron en-

tre las principales causas de muerte del país. La mortalidad materno-infantil ha sido abatida en la mayor parte del país, si bien continúa siendo alta en las zonas rurales más pobres. Los hábitos reproductivos de la población se han modificado drásticamente en los últimos treinta años, dando como resultado una sensible disminución de la tasa de crecimiento demográfico. Todos estos factores han propiciado una transición epidemiológica, que se ha dado simultáneamente y en constante interacción con la transición demográfica.

La transición epidemiológica está directamente relacionada con la mayor longevidad de la población, con la erradicación o fácil tratamiento de enfermedades infecciosas que fueron las principales causas de mortalidad en el pasado y con los nuevos patrones de vida y consumo que favorecen rutinas más sedentarias y nuevos hábitos alimenticios donde juegan un papel importante los alimentos procesados. Estos factores han propiciado un cambio en las principales causas de muerte de nuestro país a favor de las enfermedades crónico-degenerativas, cuyo tratamiento es en todos los casos mucho más costoso que en las enfermedades infecciosas, de la misma manera que el período de tratamiento de este tipo de enfermedades tiene a alargarse a medida que avanza la medicina y se descubren nuevos fármacos. En consecuencia, la transición epidemiológica se caracteriza por un incremento constante de los costos de atención, superior en todos los casos a la evolución del resto de los precios de la economía o dicho de otra forma, superior a la inflación.

La situación de la salud en México es particularmente paradójica, si consideramos que combina elementos propios de países desarrollados, como son las transiciones demográfica y epidemiológica, con características propias del subdesarrollo, como la insuficiente cobertura de los servicios públicos de salud y la persistencia de altos niveles de mortalidad materno-infantil y de muertes asociadas a enfermedades curables o de fácil prevención en las zonas rurales más marginadas. El principal problema de salud pública en México es el estancamiento en el crecimiento de la cobertura de los organismos de seguro social para los trabajadores del sector formal y la insuficiencia de los sistemas de atención para población abierta de los estados para hacer frente a las necesidades de la población no derechohabiente.

La crisis de los sistemas de seguro social basados en el empleo formal (IMSS e ISSSTE principalmente) frenó el crecimiento de la cobertura de los servicios de salud de estos organismos. En la actualidad, uno de cada dos mexicanos no se encuentra cubierto por estos sistemas de salud y los servicios de salud de los estados no cuentan con suficientes recursos para atender sus necesidades. Sin embargo, la universalización de la salud ha tratado de alcanzarse por la vía de generar opciones alternativas a las ya existentes para la población que se encuentra excluida, más que por buscar una ampliación de la cobertura a partir de una reasignación más eficiente de los recursos existentes. Durante el gobierno del presidente Fox, el problema de ampliar la cobertura de los sistemas de salud pública se trató de enfrentar mediante la creación del Seguro Popular de Salud, que ha alcanzado importantes avances en materia de

extensión de los servicios básicos, pero que presenta también serios problemas que pueden comprometer su viabilidad en el futuro y que no protegen a la población frente a varias contingencias mayores.

En abril de 2003 se aprobó una reforma que entró en vigor el primer día de 2004, por medio de la cual se pretende crear un esquema de seguridad universal denominado Sistema de Protección Social en Salud. El Seguro Popular de Salud fue creado como “brazo operativo”<sup>1</sup> de dicho sistema para ofrecer a todos los mexicanos no asegurados un seguro público de salud. La reforma establece un período de transición de siete años al término del cual toda la población que no esté afiliada a alguno de los institutos de seguro social deberá quedar cubierta por el seguro popular.

El financiamiento del Seguro Popular es tripartito, ya que según la ley deben contribuir al mismo el gobierno federal, los gobiernos de los estados y las familias beneficiarias. La Ley contempla que de esta manera se de una homogeneización de las fuentes de financiamiento del IMSS, el ISSSTE y el Seguro Popular. El Seguro fue diseñado para que el financiamiento pase de una lógica inercial y burocrática a otra de orientación del subsidio a la demanda, mediante la transferencia de los recursos federales a los estados con base en el número de familias afiliadas. A su vez, la asignación de la contribución solidaria federal se realiza aplicando una fórmula diseñada para reducir las desigualdades entre estados y grupos de población, para lo cual utiliza como variables principales las necesidades de salud, el nivel de rezago en salud e indicadores de desempeño.

El Seguro Popular comenzó con una etapa piloto que alcanzó una cobertura de 625 mil familias en 24 estados de la República. En octubre de 2006, el número de familias cubiertas asciende a 4 millones y medio y hay estados como Tabasco, donde se afirma que han quedado cubiertas todas aquellas familias que no gozan de los beneficios de los institutos de seguro social. No obstante, el Seguro ha sido objeto de fuertes críticas debido fundamentalmente a dos factores:

1. Oferta limitada de servicios. Existen un conjunto de intervenciones mayores, tratamientos costosos y medicamentos que no se encuentran incluidos en el seguro.
2. Profundización en la segmentación de los sistemas de salud públicos, en lugar de avanzar hacia la creación de un sistema único.

A esto hay que añadir los costos que supondrá la ampliación de la cobertura. Estos costos serán crecientes si se quiere llegar a la meta de cobertura completa de la población abierta en 2010, lo que producirá una estructura de servicios de salud pública segmentada, ineficiente, costosa y claramente heterogénea en su oferta de servicios en 2010. En virtud de lo anterior, los críticos del Seguro Popular sostienen

<sup>1</sup> Julio Frenk, *et al*, *Financiamiento justo y protección social universal: la reforma estructural del sistema de salud en México*, México, Secretaría de Salud, 2004, p. 9.

que si bien resulta innegable que produce beneficios en el corto plazo a la población que cubre, no resuelve sus necesidades de atención en el largo plazo y lo que es peor, aleja la posibilidad de contar con un sistema universal en su cobertura e integral en sus prestaciones. Por lo que respecta al financiamiento, todo parece indicar que las contribuciones de las familias beneficiarias han estado muy por debajo de lo esperado, lo que en los hechos se traduce en un incentivo negativo para el empleo en el sector formal, donde las contribuciones de trabajadores y empleadores son obligatorias y asumen la forma de un impuesto sobre la nómina. En síntesis, la controversia desatada en torno al Seguro Popular deberá dar lugar en los próximos meses a una discusión más amplia sobre sus perspectivas y su viabilidad en el largo plazo.

### Seguridad social

La reforma de la seguridad social comenzó formalmente en 1992, cuando se creó el sistema de ahorro para el retiro. En ese momento el SAR fue un pilar complementario a los sistemas de reparto del IMSS y del ISSSTE, pero en 1995 el Congreso de la Unión aprobó una reforma a la Ley del Seguro Social que reemplazó al sistema de pensiones de reparto del IMSS por uno de capitalización individual basado en el SAR. La reforma entró en vigor en 1997 e implicó la creación de empresas especializadas en la administración de los fondos para el retiro (Afores). Los seguros de Enfermedad y Maternidad, de Accidentes de Trabajo y de Prestaciones Sociales se mantuvieron bajo la administración directa del IMSS. Ni en 1995 cuando se aprobó la reforma, ni dos años después, cuando entró en vigor, se habló del costo fiscal que implicaba, o de que la corrección del déficit del Seguro de Enfermedad y Maternidad solamente sería temporal, ni mucho menos, de los pasivos laborales del Instituto.

El Seguro de Enfermedad y Maternidad había sido deficitario desde el inicio de las operaciones del IMSS, en 1943. En principio, el déficit se debió a la necesidad de construir una infraestructura médica inexistente, en la actualidad se debe a la evolución de los costos de atención, que crecen por encima de la inflación. La reforma de 1995 contempló los ajustes necesarios para que por primera vez la suma de las distintas contribuciones al Seguro de Enfermedad y Maternidad alcanzaran una prima suficiente para cubrir los costos del seguro, pero no consideró la forma que evolucionarían los costos de atención, por lo que el déficit reapareció a principios de la administración que está a punto de concluir. El déficit financiero del ramo de Gastos Médicos de Pensionados alcanzó en diciembre de 2005 un valor presente de 2 249 000 millones de pesos, equivalente a 26.9% del PIB de 1995. El incremento en los costos de atención se debe, lo mismo que para el resto de la población, se debe a que el envejecimiento de los derechohabientes y el incremento de la esperanza de vida han elevado la demanda de los servicios de salud, lo que sumado a la transición epidemiológica configura una tendencia al alza en el costo de estos servicios. En los próximos 25 años el porcentaje de la población mayor de 65 años se duplicará, por lo que esta tendencia al alza en los costos de atención se mantendrá por lo menos

durante este período, con independencia de los cambios que pudieran producirse en la transición epidemiológica. Si se quisiera garantizar la autosuficiencia financiera de este seguro en el largo plazo, la prima actual debería incrementarse en 430 por ciento.<sup>2</sup>

El IMSS enfrenta un déficit actuarial como consecuencia del Régimen de Jubilaciones y Pensiones que estuvo vigente hasta agosto de 2004 y que generó un pasivo laboral excesivo para la capacidad financiera del Instituto. Este déficit ha implicado el continuo uso de recursos provenientes de las cuotas de trabajadores y patrones al pago de las obligaciones contraídas con el IMSS con sus propios trabajadores, en perjuicio de la calidad y la cantidad de los servicios que debe prestar a sus derechohabientes. Esto se debe a que el gasto devengado por el Instituto en pago de pensiones y jubilaciones se incrementa más rápidamente que sus ingresos. Este crecimiento es tan acelerado que mientras que en diciembre de 2001 el pasivo laboral era de 300 728 millones de pesos, en diciembre de 2005 alcanzó los 775 995 millones (a precios corrientes). Aún descontando la inflación, encontramos que creció más del doble en cuatro años, a tal grado que equivalía a 9.3% del PIB de 2005.

Otro problema que se reveló durante la presente administración fue el costo fiscal de la reforma de 1997, el cual representa en la actualidad uno de los principales pasivos contingentes del gobierno federal. El costo para las finanzas públicas es considerablemente mayor en términos relativos si lo relacionamos con los bajos niveles de recaudación del país que en 1996 ascendieron a 15.4% del PIB (incluyendo los impuestos que paga Pemex).<sup>3</sup> Como punto de comparación cabe señalar que cuando Chile inició su propia reforma en 1980 contaba con una recaudación de 26.3% del PIB.<sup>4</sup> Si la recaudación no aumenta en los próximos años no sólo en términos absolutos sino con relación al producto, el peso de la transición sobre las finanzas públicas será mayor y podrá afectar otros rubros del gasto público y particularmente los que son más fáciles de ajustar cuando el gasto corriente del gobierno es alto, como son el gasto social y el gasto en inversión.

Por consiguiente, el costo de la transición, que tenderá a aumentar durante los próximos cuarenta años para posteriormente comenzar a disminuir, representará una restricción adicional para la expansión del gasto público en otros sectores prioritarios. Uno de esos sectores es el de la salud, ya que por décadas el crecimiento de la infraestructura hospitalaria y el costo de los servicios médicos especializados se pudo cubrir con el superávit del seguro para el retiro. En ese sentido, podemos considerar lo que va a gastar el gobierno en la transición al nuevo sistema de pensiones como el pago de una deuda acumulada con los trabajadores por haber invertido sus

<sup>2</sup> Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2006, pp. vi-vii.

<sup>3</sup> Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 1997, p. 150.

<sup>4</sup> Peter Diamond y Salvador Valdés Prieto, "Social Security Reforms" en Bosworth, Barry P., Rudiger Dornbusch y Raúl Labán, 1994, p. 274.

contribuciones en compensar el déficit del seguro médico, pero esos gastos ahora los tendrá que asumir directamente el gobierno federal, por lo que la reforma al sistema de pensiones está íntimamente ligada con la reforma al sistema de salud.

Un cálculo más reciente fue elaborado por el Departamento de Estudios Económicos de BBVA Bancomer en febrero de 2001 y es a todas luces el más realista de los que se han realizado hasta la fecha. Tiene además la virtud de considerar tanto el costo de la transición del sistema de reparto al sistema de capitalización individual en el IMSS, como el costo fiscal que puede representar el deterioro financiero del ISSSTE. Según este cálculo, el costo de la transición llegará a 2% del PIB en el 2011, superará 3% en el 2020 y alcanzará un máximo de 5% entre el 2038 y el 2041, período después del cuál comenzará a descender lentamente. Por su parte, las obligaciones gubernamentales frente a los jubilados del ISSSTE, que en la actualidad están cerca de 0.7% del PIB, alcanzarán 2% hasta el 2028, pero seguirán creciendo hasta alcanzar 5% del PIB en 2050, de mantenerse las cuotas actuales, la edad mínima de retiro y la tasa de crecimiento del empleo en el sector público. En resumen, las contribuciones gubernamentales para las pensiones de los pensionados del IMSS y del ISSSTE superarán 9% del PIB hacia 2045 y a partir de ese año no disminuirán significativamente, pues aunque se reduzcan para el caso de los pensionados del IMSS, aumentarán para los del ISSSTE.<sup>5</sup>

**Cuadro 1**  
**Flujos de obligaciones gubernamentales frente a pensionados**  
**(Porcentajes del PIB)**

Obligaciones frente a pensionados	2003	2005	2010	2020	2030	2040	2050
Del IMSS	1.3	1.4	1.9	3.2	4.6	5.0	4.2
Del ISSSTE	0.6	0.7	0.9	1.5	2.2	3.4	5.2
Total	1.9	2.1	2.8	4.7	6.8	8.4	9.4

Fuente: Estudios Económicos BBVA Bancomer, 2001.

En consecuencia, salta a la vista que la subestimación de los costos fiscales de la reforma del IMSS y los problemas financieros que enfrenta el ISSSTE obligarán al Estado mexicano a revisar los mecanismos y los montos del financiamiento público a estos organismos en el corto plazo, pues si se deja crecer el problema aumentarán costos y riesgos en forma exponencial, sin contar con los desafíos que representa para la regulación estatal el nuevo sistema de cuentas individuales.

<sup>5</sup> BBVA Bancomer, 2001, pp. 6 y 9.

Es preciso señalar que si se cumple con el supuesto fundamental de que no habrá pérdidas severas en los fondos de pensiones que lleven al gobierno a garantizar una pensión mínima para un alto número de trabajadores en el futuro, el costo de la transición al nuevo sistema será a pesar de todo considerablemente inferior al que se hubiera generado de mantener sin reformas el sistema anterior. Para garantizar que así será es importante contar con un sistema eficiente de regulación de las Afores. En caso de cumplirse este supuesto, el costo fiscal de la reforma tenderá a disminuir paulatinamente en la medida que se reduzca el número de pensionados en el sistema anterior, pero las contribuciones gubernamentales seguirán siendo significativas, porque así lo requiere la expansión del sistema, porque así lo establece la Ley del Seguro Social y porque la viabilidad financiera de los servicios médicos que presta el Instituto está comprometida.

#### La reforma pendiente

El gobierno de Vicente Fox concluye dejando un pesado lastre a la siguiente administración en materia tanto de salud como de seguridad social. Si bien el Seguro Popular ha reportado importantes beneficios a un sector de la población que no está cubierta por los institutos de seguridad social, la viabilidad financiera del mismo está en entredicho, además de las limitaciones que presenta por el tipo de siniestros que cubre. En cuanto a la seguridad social, no se pudo lograr la reforma del ISSSTE y se logró una victoria pírrica con la reforma aprobada en 2004 a la Ley del Seguro Social, que prohibió utilizar las cuotas obrero-patronales para pagar los pasivos laborales del IMSS, pero no ofreció una solución de fondo a un problema que pasará a engrosar los pasivos contingentes del Estado mexicano.

El problema fundamental que enfrentan los sistemas públicos de salud y seguridad social es la falta de una reforma integral, ya que las reformas fragmentarias solamente han reforzado la segmentación original de la seguridad social en México, ofreciendo soluciones de corto plazo que acarrearán mayores costos y complicaciones en el largo plazo. La reforma del IMSS aprobada en 1995 y que entró en vigor dos años después, no resolvió los problemas financieros del Instituto, a tal grado que en la actualidad el déficit creciente del Seguro de Enfermedad y Maternidad y los pasivos laborales del IMSS con sus trabajadores comprometen seriamente su viabilidad financiera en el corto plazo.

La reforma de los sistemas de salud pública debe encaminarse hacia la reorganización definitiva de los servicios de salud para crear un auténtico sistema nacional con cobertura universal. De mantenerse la segmentación de los servicios públicos de salud, persistirán los diferenciales de costos y calidad de los servicios que ofrecen, además de que su oferta no es homogénea. La dinámica de los mercados de trabajo no permite prever un repunte significativo del crecimiento del empleo en el sector formal y aún si fuera ese el caso, será muy difícil que un sector muy importante de

la población que se ocupa actualmente en el sector informal trate de incorporarse a actividades del sector formal, razón por la cual en el futuro será más eficiente administrar un sistema nacional de salud con cobertura universal y financiamiento público, condicionado por supuesto a una amplia reforma fiscal.

La persistente situación deficitaria tanto del IMSS como del ISSSTE obliga a una revisión estructural de los organismos de seguro social en México. Esta reforma debe plantearse como objetivo principal la transición de un régimen de seguro social limitado, como el que hemos tenido en México desde 1943, al un auténtico sistema de seguridad social, caracterizado por la universalidad en la cobertura y por una oferta integral de prestaciones. A primera vista, pareciera un objetivo desproporcionado e irreal, pero si sumamos los costos fiscales de las reformas parciales de los sistemas ya existentes, tendremos que reconocer la profunda injusticia de socializar los costos de sistemas que solo benefician a una parte de la población. La viabilidad política del rescate de los organismos de seguros sociales para los trabajadores depende de la socialización tanto de los costos como de los beneficios y su conversión en un auténtico sistema de seguridad social, con cobertura universal y financiamiento con cargo a impuestos generales. De ahí que la reforma fiscal deba ser vista como la gran oportunidad para construir un auténtico Estado de bienestar, que se convierta a su vez en un importante factor de competitividad económica para nuestro país ■

### Bibliografía

- Fernández Ortiz, Juan Antonio *et al*, *Seguro popular de salud: siete perspectivas*, Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública (Cuadernos de Salud Pública), 2005.
- Frenk, Julio *et al*, *Financiamiento justo y protección social universal: la reforma estructural del sistema de salud en México*, México, Secretaría de Salud, 2004.
- Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 2006.
- Informe de Rendición de cuentas 2000-2006*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Secretaría de la Función Pública, 2006.
- Knaul, Felicia, *et al*, "Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: impacto del Seguro Popular de Salud en México" en *Salud pública de México*, vol. 47, suplemento 1 de 2005.
- La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina, 2006.
- Programa Institucional del ISSSTE 2001-2006*, México, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado, 2001.
- Reducción de pasivos gubernamentales*, México, BBVA-Bancomer, Serie Propuestas núm. 13, 2001.
- Salud México 2001-2005: información estratégica por entidad federativa*, México, Secretaría de Salud, 2006.
- Salud México 2001-2005, información para la rendición de cuentas*, México, Secretaría de Salud, 2006.
- Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas*, México, Secretaría de Salud, 2005.