



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ECONOMIA

*La seguridad social en México:
una visión de sus aciertos y contradicciones recientes*

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN ECONOMÍA
P R E S E N T A:
MANLIO ZÓZIMO GUALITO ORTEGA

Tesis dirigida por el Dr. José Ayala Espino



223 6793



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis padres:

*Sra. Ma. de Lourdes Ortega Pineda
Sr. Manlio Zózimo Gualito Zarazúa*

*Esperando que este trabajo compense el esfuerzo
que realizaron para darme la mejor de las herencias*

*Con todo el cariño y respeto
que siento por ustedes*

A mis abuelos:

Con el afecto y la estimación que les tengo

A mis hermanas:

Thanya y Kathya

*Por el ejemplo que me han dado para
superarme y salir adelante*

A Manlio Yael:

Por la luz de paz y tranquilidad que trajo a nuestras vidas...

A mis amigos:

*"Un amigo debe ser maestro en el arte de adivinar y de callar.
No has de empuñarte en ver todo.
Su sueño debe revelarte lo que tu amigo hace despierto..."*

Nietzsche

A mi asesor:

Dr. José Ayala Espino

*Con mi muy sincero agradecimiento por sus consejos, aportaciones, enseñanzas
y su motivación para aprender y poder terminar este trabajo*

A mi alma máter:

*Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Economía*

*Por el sentido humano que formó gran
parte de mi carácter y mi ser*

A todos ellos, gracias.

INDICE

| | | |
|--|-------|----|
| Presentación | _____ | i |
| Introducción | _____ | 1 |
| Importancia y necesidad de la seguridad social | _____ | 3 |
| <i>El entorno de la seguridad social</i> | _____ | 10 |
| <i>Medidas esenciales de salud pública</i> | _____ | 16 |
| Marco institucional en materia de salud | _____ | 23 |
| <i>Legislación en materia de salud</i> | _____ | 26 |
| <i>Reforma al sistema de salud</i> | _____ | 32 |
| Aspectos de salud en la seguridad social | _____ | 47 |
| <i>Los servicios de salud</i> | _____ | 52 |
| <i>El Estado en los servicios de salud</i> | _____ | 59 |
| Gasto en los servicios de salud | _____ | 67 |
| <i>Financiamiento del sistema de salud</i> | _____ | 75 |
| <i>Eficiencia en la asignación de recursos</i> | _____ | 80 |
| Comentarios finales | _____ | 88 |
| Bibliografía | _____ | 91 |

Presentación

La seguridad social es el anhelo fundamental del hombre, se encuentra en la raíz de sus instintos y en la base de su evolución biológica y social. Constituye la fuente inminente de su desarrollo que, a través del tiempo, ha plasmado en sus respuestas fisiológicas frente a los cambios del medio ambiente que ponen en peligro su integridad. Sus reflejos y reacciones representan mecanismos que lo alejan del peligro o lo preparan para la lucha.

Generalmente, la vida del ser humano como ente consumidor, puede tipificarse en tres etapas: la primera es la del crecimiento, desarrollo y capacitación del individuo; la segunda, es la vida en la actividad económica y, la tercera, es la del retiro en razón del envejecimiento o de la enfermedad de él mismo. En el ámbito del trabajo, las últimas faces del proceso de envejecimiento traen como consecuencia una incapacidad, lo que necesariamente exige el retiro de la fuerza de trabajo del personal envejecido.¹ Esta situación acarrea problemas sociales y económicos cuya solución no siempre ha sido fácil ni la más adecuada.

En la sociedad actual, la forma que mayormente prevalece, respecto al cuidado y atención de la gente de edad, es la que proporcionan los lazos familiares. Junto con este comportamiento de las mayorías puede haber dos situaciones distintas, una de ellas es cuando la persona de edad avanzada depende totalmente de sus familiares; la otra, cuando de alguna manera esta persona tiene recursos propios para su sustento.

Estos recursos pueden provenir ya sea de la riqueza acumulada, o de algún mecanismo de seguridad social que protege el retiro mediante pensiones de vejez, siendo esta pensión o cualquier otra un derecho adquirido. La estructura económico-social del país es la que ejerce una determinación primaria sobre la salud y la enfermedad. Las crisis que aquellas experimentan traen como consecuencia una agudización de los daños correspondientes en la esfera sanitaria. La expresión colectiva de la salud y la enfermedad no constituye un simple reflejo mecánico de los hechos estructurales (analfabetismo, marginación, pobreza, inflación, dependencia, etc.). Estos se suman a las características de la naturaleza, intocada y transformada, que están presentes en un ámbito específico, así como a la dinámica social y a los patrones culturales de ellos surgidos.

Los fenómenos de salud-enfermedad determinan, en cierta medida, las formas de organización sanitario asistencial que se adoptan en una sociedad específica. En algunos momentos, las situaciones que implican ciertos problemas sanitarios pueden convertirse en daños a la salud, o en características del

¹FUNSALUD, *Economía y salud, propuestas para el avance del sistema de salud en México*, FUNSAUD, México, 1994

proceso colectivo salud-enfermedad. Sin embargo, esto dista mucho de ser el único o el principal problema de salud del país en los últimos años. El propósito fundamental de los sistemas de seguridad social, consiste en proteger al individuo y a su familia de las inestabilidades y amenazas que de manera natural se presentan en la vida normal de las personas: su muerte, la de sus seres más cercanos, la pérdida empleo, la enfermedad, los riesgos que se afrontan en la vida laboral, el retiro, etc.

México cuenta con un avanzado sistema de seguridad social que se ha constituido en uno de los pilares fundamentales de la política social y es, sin duda, uno de los elementos distintivos de la sociedad mexicana contemporánea. Mediante ello, amplios núcleos de la población encuentran respuesta a sus necesidades, conviene recordar que nuestro sistema de seguridad social está integrado en la actualidad por cuatro grandes organizaciones que destinan sus recursos y programas a grupos de población claramente diferenciados. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atiende a los trabajadores empleados por un patrón; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a quienes prestan sus servicios en las dependencias del Estado; la empresa paraestatal Petróleos Mexicanos (PEMEX) a quienes sirven en su estructura, y por último, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM), que atiende a los integrantes de las mismas.

En este sentido, la seguridad social ha representado una fórmula para mantener la paz social, luchar contra la pobreza y las desigualdades y, para impulsar la redistribución de la riqueza del país. Cabe destacar, que los niveles de salud de una persona y los de una comunidad, se afectan por la convergencia, en mayor o menor grado, de tres tipos de elementos: el armamento biológico, el medio ambiente y el comportamiento humano. También, de manera importante, incide en el estado de salud del individuo y lo colectivo lo que se denomina, *la respuesta social organizada*, es decir, los sistemas de salud que incluyen las políticas y programas que indican las formas en que deben aplicarse los recursos que la sociedad pone en juego a fin de superar dificultades y disminuir los riesgos sanitarios.²

Actualmente, diversos países están inmersos en una intensa corriente caracterizada por un cuestionamiento de las formas vigentes de los sistemas salud, con la preocupación de cómo organizar y distribuir los siempre limitados recursos a fin de que se apliquen en forma más equitativa para alcanzar los más altos niveles de salud.

En este marco, vivimos una época de transición y de modificaciones profundas en los patrones epidemiológicos, demográficos, educativos, económicos y políticos, de nuestra sociedad. Ante ello, en 1995 se dieron los primeros pasos hacia la descentralización presupuestal de la Secretaría de salud (Ssa),

² FUNSALUD, *Economía y salud, propuestas para el avance del sistema de salud en México*, FUNSALUD, México, 1994

se impulsó la modernización y simplificación administrativa y, se inició la desregulación de las tareas de vigilancia y regulación sanitarias. También, se propusieron estrategias para ampliar la cobertura, diseñando un Paquete Básico de Servicios de Salud, que atenderá las necesidades de comunidades (en su mayoría indígenas) que no cuentan con acceso regular a los servicios básicos de salud y, de igual forma, como una estrategia dirigida al combate de la pobreza extrema.

Así, el gobierno plantea la necesidad de una reforma al sistema de salud, cuyo propósito central consiste en ampliar la cobertura y fortalecer el federalismo a través de ciertas medidas, entre ellas: incrementar la eficiencia y calidad de los servicios de salud; superar rezagos y hacer frente a los problemas emergentes de salud; establecer las bases para la integración de un sistema de salud definido por funciones y no por grupos sociales; mejorar el aprovechamiento de los recursos destinados a la salud y, garantizar un paquete mínimo de servicios para que a través de estrategias locales y regionales toda la población tenga acceso a la atención básica sanitaria.

Este trabajo se originó por la inquietud de desarrollar un tema interesante de la economía pública y, por la motivación que despertó en mí el doctor José Ayala Espino en materia de economía de la salud, así como por el interés personal de poder entender el por qué la política social hoy día, en materia del funcionamiento de los sistemas de salud en México., es fundamental en el bienestar.

El objetivo del presente trabajo, es ofrecer una descripción breve de la situación en que se encuentra la salud pública mexicana dentro del extenso ramaje de la seguridad social y conocer las propuestas de reforma a la salud planteadas recientemente en México.

El capítulo 1 aborda la importancia y necesidad de la seguridad social en México. Pone de relieve que los problemas de información influyen en la conducta y elecciones de los agentes. Señala el entorno de la seguridad social que influye en su desarrollo y presenta las medidas esenciales en materia de salud que se han implantado en los últimos años.

El capítulo 2 analiza los aspectos de salud pública en la seguridad social. Menciona la calidad y cobertura de los servicios de salud que se ofrecen a la población abierta y derechohabiente. Y se describen los cambios propuestos para el sector salud mexicano según la OCDE y el papel del Estado en los servicios de salud.

El capítulo 3 examina el papel de las instituciones en la regulación de la salud desde la legislación en materia de salud hasta las implicaciones de la reforma reciente al sistema de salud así como también, las propuestas para enriquecer a la misma.

Finalmente, el capítulo 4 presenta la evolución del gasto público en salud en los últimos años, el financiamiento del sistema de salud por parte de los cotizantes en el sistema de seguridad social y, por último, la equidad y eficiencia en la distribución de costos y beneficios en el régimen de la salud mexicana.

Introducción

Las condiciones globales de salud de la población han mejorado significativamente durante los últimos años, según lo indican la disminución de la mortalidad infantil, la mayor esperanza de vida y la reducción de la incidencia de muertes prematuras causadas por enfermedades que en algún momento dado podrían haber sido evitadas. En México, los problemas de salud son característicos de los países de mayor ingreso y coexisten con las características epidemiológicas propias a los países de menores ingresos. Aún hoy, seguimos enfrentando una incidencia significativa de enfermedades infecciosas comunes y de problemas relacionados con la insuficiente atención a la salud materna e infantil y de desnutrición, por consiguiente, nuestro sistema de salud debe satisfacer de manera creciente las necesidades de una población cada vez más urbana y en proceso de envejecimiento, cuyo perfil patológico exige de servicios más intensivos en tecnología y, en consecuencia, más costosos.

Como resultado de su desarrollo a lo largo de las últimas cinco décadas, el sistema nacional de salud se compone de tres subsistemas relativamente autónomos: la seguridad social, las instituciones asistenciales y los servicios privados. Las medidas actuales de reforma están ocasionando una expansión significativa de la cobertura de servicios de salud. Aunque pueden esperarse algunas ganancias en la eficiencia como resultado de la descentralización y de las mejoras técnicas en marcha, es poco probable, que sean lo suficientemente grandes para enfrentar la expansión de la cobertura así como el crecimiento subyacente en la demanda de atención a la salud.

En este contexto, la ventaja del objetivo de largo plazo señalado por el actual proyecto de reforma -desplazarse desde un sistema en el cual las necesidades de atención a la salud de la población son atendidas por subsistemas paralelos e integrados verticalmente, hacia otro sistema organizado de acuerdo a funciones claves- parece indiscutible. Sin embargo, muchos detalles del futuro siguen siendo oscuros y, los esfuerzos de la actual reforma parecen confinados al marco existente de la cobertura segmentada y la acumulación de riesgos.

En suma, la panorámica de las necesidades de salud deja ver importantes avances, pero también rezagos y marcadas desigualdades sanitarias al interior del país, ello refleja las consecuencias de la mala distribución del ingreso en México y la ineficiencia del sistema de salud para traducir inversiones en beneficios. Los desafíos para actualizarse frente al desarrollo económico y social, y los rápidos y profundos cambios expresados en la transición epidemiológica, crean una demanda por un sistema flexible y adaptado a las necesidades de salud de la población. El curso de la reforma determinará el sentido profundo del esfuerzo social para cuidar de la salud, el sistema de salud puede seguir reproduciendo las

desigualdades o puede asumir su papel central de ofrecer a todos los habitantes las condiciones para enfrentar los retos de la vida en igualdad de oportunidades.

A través del esfuerzo por imaginar e implantar un estado de situaciones más deseables que el actual, están surgiendo nuevas formas de pensamiento y de acción en torno a los sistemas de salud. Las reformas implican opciones. Aunque las sociedades corren muchos riesgos al innovar, también tienen el privilegio de ofrecer un mejor futuro para sí mismas.

En 1995, se dieron los primeros pasos hacia la descentralización presupuestal de la Secretaría de salud (Ssa), se impulsó la modernización y simplificación administrativa y, se inició la desregulación de las tareas de vigilancia y regulación sanitarias. También, se propusieron estrategias para ampliar la cobertura, diseñando un Paquete Básico de Servicios de Salud, que atenderá las necesidades de comunidades (en su mayoría indígenas) que no cuentan con acceso regular a los servicios básicos de salud y, de igual forma, como una estrategia dirigida al combate de la pobreza extrema.

Así, el gobierno plantea la necesidad de un cambio en el sistema de salud, cuyo propósito central consistiría en ampliar la cobertura y fortalecer el federalismo a través de ciertas medidas, entre ellas: incrementar la eficiencia y calidad de los servicios de salud; superar rezagos y hacer frente a los problemas emergentes de salud; establecer las bases para la integración de un sistema de salud definido por funciones y no por grupos sociales; mejorar el aprovechamiento de los recursos destinados a la salud y; garantizar un paquete mínimo de servicios para que a través de estrategias locales y regionales toda la población tenga acceso a la atención básica sanitaria.

En vista de lo anterior, es necesario reconocer y estimular el papel protagónico de la sociedad dentro del sistema de salud. Ninguna reforma adecuada debe imponerse a una población escéptica o pasiva. La población debe ser un constructor activo del nuevo sistema de salud, por consiguiente, resulta indispensable conocer qué opinan y qué quieren los mexicanos sobre el futuro a seguir de su sistema de salud.

1.

IMPORTANCIA Y NECESIDAD DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La seguridad social representa la búsqueda por mantener los ingresos necesarios para la subsistencia de las seres humanos. Los principios que la sustentan son la justicia, la defensa de la familia como unidad social, la certeza de contar con un ingreso suficiente y la oportunidad de realizar un trabajo que sea productivo.

W. Beveridge

México, está viviendo años de cambios profundos: en lo político, el fortalecimiento de sus procesos democráticos, la participación comprometida de los gobernados en la elección de sus gobernantes, la promoción del desarrollo de instituciones y sistemas políticos modernos que fomentan y validan la opinión ciudadana y, por supuesto, la dimensión renovada del aparato gubernamental, son evidencias de una tendencia positiva hacia el cambio. En lo social, día a día se confirma un mayor interés individual y colectivo por contribuir a la solución de los problemas comunes. La niñez está despertando más temprano, la juventud se encuentra mejor informada dispuesta a asumir el compromiso que le corresponde, está ávida de oportunidades para superarse personalmente; la mujer se integra más y más a la vida productiva, y el hombre se esfuerza por ser más racional y sacar el mejor provecho de su trabajo.¹

La seguridad social es una de las partes que ha destacado en la economía pública, debido a que va transformado las actividades gubernamentales, tanto en el ingreso como en el gasto, esto ha provocado un cambio importante en uno de los objetivos neurálgicos de la economía: la redistribución del ingreso y la riqueza.²

La seguridad social, con sus características modernas es de muy reciente nacimiento, sin embargo, su surgimiento empieza a perfilarse desde el advenimiento de la revolución industrial que determinó transformaciones radicales del proceso de producción y cambios estructurales económicos y sociales, en los que destaca la aparición de la producción fabril, del mercado de trabajo y del asalariado, que sólo disponía del producto de la venta de su fuerza de trabajo y se hallaba imposibilitado para proporcionarse ingresos adicionales de cualquier tipo. Desde hace más de una centuria, se han desarrollado sistemas de seguridad social que responden a las condiciones particulares de cada sociedad

¹ Barbabosa, Kubil, *Perspectivas de la seguridad social mexicana*, en revista de seguridad social, IMSS, México 1994

² Barbabosa, 1994 Ibidem.

en un momento determinado. Se trata así, de sistemas dinámicos y flexibles que tienen que ser adaptados a las situaciones siempre cambiantes de la existencia humana y de la vida social.³

Su propósito fundamental consiste en proteger al individuo y a su familia de las inestabilidades y amenazas que de manera natural se presentan en la vida normal de las personas: su muerte, la de sus seres más cercanos, la pérdida del empleo, la enfermedad, los riesgos que se afrontan en la vida laboral, el retiro, etc. Puede señalarse que los modelos de seguridad social reúnen una serie de características que definen su perfil central. Entre las más destacadas podemos mencionar las siguientes:

- Es un medio que pretende amparar al individuo frente a las contingencias de la vida, además de promover su bienestar y estimular la más completa expresión y desarrollo de sus capacidades;
- Es un instrumento de toda organización social moderna diseñada y ajustada a las necesidades de una colectividad;
- Es una respuesta organizada y pública frente a las privaciones y desequilibrios, económicos y sociales, que impone la vida contemporánea y que necesariamente demanda de la participación activa de los individuos que serán beneficiados y, finalmente,
- Es un compromiso colectivo que permite compartir los riesgos y los recursos de las personas. Su misión supera la simple lucha contra la pobreza y propone incrementar la calidad de vida, fortalecer la seguridad personal y generar condiciones de mayor equidad.⁴

En este sentido, algunos autores puntualizan la seguridad social, como un seguro determinado que obedece estrictamente al principio de beneficio, definiéndose como un sistema contributivo en el cual los dividendos dependen de los pagos realizados, correspondiendo al Estado (además de proveer las facilidades para su administración) el obligar al trabajador a reducir su consumo presente, para que pueda recibir un ingreso adecuado, cuando por cualquier circunstancia, no imputable en forma directa a él, se encuentre incapacitado.

La composición demográfica del país cambia aceleradamente, si hace 25 años crecíamos a 3.39%, ahora lo hacemos a 1.9 %, se reconoce que la población con más de 65 años de edad es la que crece en una proporción superior a 4 %, lo que se explica por el aumento en la esperanza de vida, que ahora es de 68 años para el hombre y de 74 años para la mujer.⁵

³ González S., Gloria, *Aspectos recientes del Desarrollo Social en México*, Instituto de investigaciones económicas-UNAM, México, 1980

⁴ Naro Robles, José, *La Seguridad Social Mexicana en los albores del siglo XXI*, Fondo de Cultura Económica, México, 1994

⁵ INEGI, 1995

**Indicadores demográficos para México
1990-2000 (proyecciones en miles)**

| Indicadores | 1990 | 2000 | 2010 | 2020 |
|---------------------|--------|--------|---------|---------|
| Población | 81 250 | 96 757 | 110 693 | 124 497 |
| Crecimiento Anual | 2.1 | 1.7 | 1.3 | 1.0 |
| Grupos de edad (%) | | | | |
| 0-14 | 39 | 35 | 33 | 30 |
| 15-59 | 55 | 58 | 58 | 58 |
| 60 ó + | 6 | 7 | 9 | 12 |
| Muertes (miles) | 422 | 513 | 620 | 705 |
| Nacimientos (miles) | 2 378 | 2 515 | 2 745 | 2 843 |

Fuente: Frenk, Juño, Knaul, Fefica, González Block (borrador), La seguridad social en salud: perspectivas para la reforma en México, CIDE, México 1997

En el ámbito financiero, los sistemas de seguridad social han enfrentado algunas dificultades. Frecuentemente el origen de los problemas se encuentran en:

- El otorgamiento de prestaciones sociales para las que no existe una fuente de financiamiento;
- La pérdida del poder adquisitivo y el empobrecimiento de las aportaciones a la seguridad social y, consecuentemente, de sus prestaciones dinerarias derivadas de procesos inflacionarios;
- En los cambios demográficos y sociales que no han sido correspondidos con los ajustes actuariales procedentes y;
- Simplemente en la falta de un crecimiento real y sostenido de la economía.⁶

Los procesos de cambio que se observan en los sistemas de seguridad social obedecen a políticas de modernización y a la crisis del sistema de reparto, al adaptar su marco jurídico a las circunstancias económicas vigentes. Propiciando la desregulación y simplificación en sus procesos tradicionales, tanto para la recaudación de aportaciones como para el otorgamiento de los beneficios, así como procurar la descentralización, que implica autonomía de gestión local y, la desconcentración, que contempla mayor delegación de autoridad y responsabilidad a manos intermedias.

El Estado, por su parte, habrá de orientar su acción más como facilitador de las concertaciones obrero-patronales y como supervisor del cumplimiento de los acuerdos, que en la solución conflictos. En México, la seguridad social (después de la reforma llevada a cabo en 1996) como en la de la mayoría de

⁶ Barbabosa, 1994, op cit.

los países del mundo se financia por la recaudación de cuotas sobre la base de cotización que aspira reflejar el salario real del trabajador cotizante y que varía entre un mínimo y un máximo según su categoría profesional. Es por ello, que el futuro del sistema depende, fundamentalmente, de los cambios legislativos y de la gestión financiera que se hagan, de cómo evoluciona la demografía (más concretamente de la tasa de natalidad y la esperanza de vida) y de la marcha de la economía, en particular, de la productividad que afecte al número de cotizantes y a la cuantía de cotización media.

Hasta hace algunos años, los mercados privados proporcionaban a la población seguros de vida, pero no pensiones de jubilación. Sin embargo, desde hace una década este tipo de mercados han experimentado ciertas mejoras en materia de administración de pensiones privadas, lo que, en muchos países, ha obligado al Estado a tomar medidas para garantizar la solidez financiera de los planes privados. Un problema importante de los seguros privados es el hecho de que cada individuo tiene una esperanza de vida distinta. Por ejemplo, una compañía que vende una póliza de seguro de vida no quiere asegurar a las personas que tienen una elevada probabilidad de morir; si la empresa sabe que la tienen, insistirá en cobrar un elevada prima. Esta será especialmente elevada en el caso de las personas que tengan más de 65 años o con problemas cardíacos. En cambio, para las empresas privadas de seguros que venden planes de jubilación, la preocupación es exactamente la contraria: sólo quieren asegurar a las personas que están enfermas y que tienen probabilidades de morir pronto.⁷

El hecho de que los individuos tengan una esperanza de vida distinta, implica que en la medida en que puedan identificarse fácilmente estas diferencias la eficiencia económica requiere que las empresas privadas de seguros cobren primas que las reflejen. Hay quienes creen que esto es injusto, pues si una persona tiene la mala suerte de gozar de una mala salud, sólo falta que encima se le cobre una prima más alta que su seguro de vida.⁸ Siguiendo esta lógica de Stiglitz, se puede decir que si las compañías de seguros no pueden excluir entre los individuos que tienen riesgos diferentes, las primas deberían reflejar el riesgo medio de los que, en dado caso, compran la póliza (en el caso de un seguro de vida o de un plan de jubilación, corresponde a la esperanza media de vida). Esto significaría, que los riesgos buenos subvencionarían a los riesgos malos. Por ejemplo, en el caso de los planes de jubilación, los que mueren jóvenes subvencionan a los que viven más años; o como en el caso de los seguros de vida, los que viven muchos años subvencionan a los que mueren jóvenes. Eso implica, que el mercado de seguros en donde los individuos de bajo riesgo rehusan comprar un seguro al precio corriente actuarial

⁷ Stiglitz, Joseph, *Economía Pública*, Antoni Bosch, Barcelona España, 1988

⁸ Stiglitz, 1988 op. c.t.

(sólo los individuos de alto riesgo demandan el seguro) lo empujarían hacia el incremento del precio en las primas de los seguros. Al final, sólo los peores riesgos requieren seguridad y los aseguradores deciden no permanecer en el mercado.

Este ciclo, por el cual sólo los riesgos peores compran un seguro privado se le conoce como *selección adversa*, la cual se entiende como un problema de información incompleta, en la que una de las partes, en una transacción económica, conoce aspectos de la misma que resultan relevantes pero que son desconocidos para la otra parte (Ayala, 1998). Esto nos llevaría a comentar, que la información que los individuos requieren para tomar decisiones racionales no siempre está disponible, es incompleta, o se encuentra desigualmente distribuida, por lo cual, adquirirla tiene un costo para el asegurador como para el asegurado. En este caso, surgen problemas de incentivos relacionados con la conducta maximizadora de ambos agentes: *daño moral (moral hazard)* y precisamente, *selección adversa*.⁹ El primero ocurre cuando un individuo, aprovechándose de la información asimétrica que posee, realiza acciones que afectan a la otra parte en el intercambio, sin que ésta pueda obligar y/o monitoriar su cumplimiento debido a la falta de información. La solución a los problemas de riesgo moral consiste en proporcionarle a la parte que realiza la acción un incentivo para que actúe en la forma preferida por la otra parte. La formalización de esta dificultad se ejemplifica en el contexto del problema de la agencia (aseguradora) y el principal (asegurado), donde la agencia puede no supervisar perfectamente los riesgos (ya que está menos informado porque, el principal sabe de los peligros que él corre) y las decisiones del principal, por lo tanto, debe diseñar un mecanismo de incentivos para que el principal actúe adecuadamente.¹⁰

Sin embargo, el hecho de que el mercado privado no proporcione un seguro completo, no debe entenderse como una consecuencia del abuso que en algunas ocasiones las compañías de seguros tratan de aplicar a los consumidores, sino más bien, de una respuesta racional a un problema económico importante: dar, por lo menos, incentivos mínimos a los asegurados.¹¹

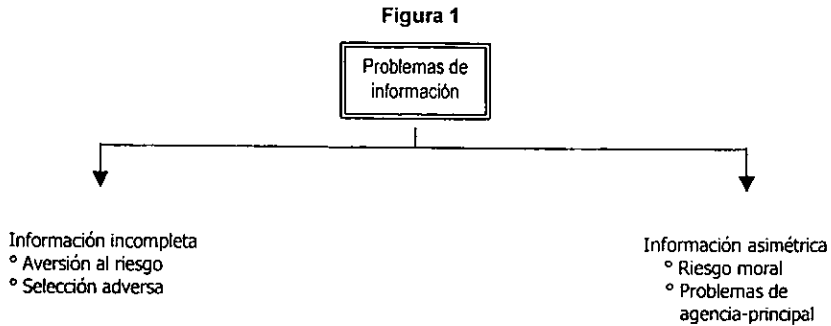
En la medida en que esto explique las limitaciones de los seguros que ofrece el mercado privado, no hay razón para creer que el Estado puede hacerlo mejor: la disyuntiva (*trade off*), a la que se enfrentan los seguros públicos, entre la reducción del riesgo y los incentivos, es la misma, en otras palabras, la

⁹ Ayala Espino, José, *Mercado, elección pública e instituciones: una revisión de las teorías modernas del Estado*, Cátedra Extraordinaria Ignacio Ramírez, Facultad de Economía, UNAM, México, 1998

¹⁰ Ejemplo elaborado por el autor y tomando como base: Ayala Espino, José, *Diccionario de economía pública moderna*, Cátedra Extraordinaria Ignacio Ramírez, Facultad de Economía, UNAM, México, 1998

¹¹ Stiglitz, 1988. op. cit.

preocupación por el problema de riesgo moral limita el alcance del seguro que puede ofrecerse, ya sea a través del mercado privado o a través del Estado.



Fuente: Elaborado por el autor, con base en Ayala, Espino, op. Cit.

La información incompleta surge cuando los precios de mercado no transmiten toda la información que se requiere para llevar a cabo el intercambio. Los dos efectos principales que genera sobre la conducta de los agentes son: incremento de la incertidumbre y el riesgo, y la formación de mercados incompletos y segmentados, como es el caso de salud.¹²

En este sentido, es previsible que en el futuro la economía de la seguridad social se convierta en una subdisciplina cada vez más especializada, dado que tendrá que desarrollar instrumentos más precisos para evaluar los impactos macroeconómicos y microeconómicos de los diferentes sistemas de seguridad social. Los problemas de información asimétrica y riesgo moral, están implícitos en la operación de un sistema con cuentas de capitalización individual. Los efectos probables del funcionamiento de un sistema de esta naturaleza sobre el ahorro interno, la inversión y el crecimiento de los países que lo adopten, son aún inciertos. Cabe destacar, que en la economía de la seguridad social encontramos fuertes vínculos con la macroeconomía, la economía de la información, la economía institucional, la teoría del crecimiento y el análisis macroeconómico de la competencia y

¹² Ayala Espino, José, *Instituciones y economía: una introducción al neoinstitucionalismo económico*, Cátedra Ignacio Ramírez, Facultad de Economía, UNAM, México 1998. NOTA: Un mercado es incompleto cuando no suministra todos los bienes y servicios a un precio, igual o inferior, al que los individuos están dispuestos a pagar. Este fenómeno es especialmente significativo en los mercados de capital, laboral, y de seguros y fianzas. El mercado no proporciona una amplia gama de seguros para muchos tipos de riesgos que enfrentan los individuos, por esta razón, el gobierno tiene que proveer estos bienes o regular el mercado. La presencia de mercados incompletos refuerza a su vez, la persistencia de problemas de información incompleta. Para Stiglitz, la información podría ser tratada como un bien público, ya que el suministrar información a una persona no supone reducir la cantidad que tienen otras. La eficiencia requiere que se difunda gratuitamente, o bien, que sólo se cubra el costo real de transmitirla.

estructuras del mercado, vínculos que seguramente habrán de profundizarse para desarrollar instrumentos y categorías de análisis más sofisticados, conforme las reformas actualmente en curso vayan madurando.

El sistema de seguridad social cubre un conjunto amplio de actividades que realiza el sector público en torno al bienestar de los individuos, sus familias y aún de grupos sociales organizados. En distintos países del mundo se han desarrollado diferentes sistemas de seguridad social de acuerdo a su grado de desarrollo, sus posibilidades económicas, tipo de régimen político y tradiciones culturales. Sin embargo, todos contienen, en algún grado de desarrollo, los siguientes grandes capítulos: el seguro social y sus actividades, la salud pública, la asistencia social, el desarrollo social, la educación pública y la vivienda. En el siguiente diagrama, se ilustran las principales características de este sistema.¹³

¹³ Tomado de Ayala Espino, José, El sector público de la economía mexicana (borrador), Cátedra extraordinaria Ignacio Ramírez, Facultad de Economía, UNAM, México, 1998

| | | |
|------------------------------------|-------------------|---|
| Sistema de seguridad social | Seguro social | <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de ahorro para el retiro • Seguro contra el desempleo • Prevención y atención a accidentes del trabajo • Capacitación y reentrenamiento laboral • Salud de la población asegurada |
| | Salud Pública | <ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de salud pública de la población no asegurada (hospitales públicos, centros de salud, etc.) • Vacunación • Epidemias y enfermedades endémicas |
| | Asistencia social | <ul style="list-style-type: none"> • Combate a la pobreza • Desarrollo de la comunidad • Atención a población vulnerable |
| | Desarrollo social | <ul style="list-style-type: none"> • Programas de agua potable, alcantarillado y letrinas • Cultura, deportes y esparcimiento |
| | Educación pública | <ul style="list-style-type: none"> • Educación básica y secundaria • Educación técnica • Programas de alfabetización |
| | Vivienda | <ul style="list-style-type: none"> • Vivienda a trabajadores que cotizan en alguno de los sistemas gubernamentales • Vivienda popular para población no asegurada • Infraestructura para el desarrollo de la vivienda |

Fuente: Tomado de Ayala Espino, José, El sector público de la economía mexicana (borrador), Cátedra extraordinaria Ignacio Ramírez, Facultad de Economía, UNAM, México, 1998

El entorno de la seguridad social

En los últimos años, se ha producido un profundo reordenamiento mundial que ha transformado la geopolítica, los sistemas económicos, las relaciones económicas, las relaciones comerciales y las estructuras de gobierno de las naciones. Ante ello, probablemente asistimos de una recomposición de los patrones laborales a un ambiente en el que la productividad, la calidad, la eficiencia y la competitividad, se han convertido en divisas de cambio y cartas de presentación que pueden garantizar o no el éxito de las naciones. En México, la seguridad social siempre ha representado una fórmula para mantener la paz social, luchar contra la pobreza, las desigualdades y para impulsar la redistribución de la riqueza. No hay duda que la revolución de 1910 y su producto social fundamental, la Constitución, permitieron delinear el proyecto económico y social del país. También adicionó las garantías sociales destinadas a la protección de los distintos grupos vulnerables.

La situación precaria de la economía del país ha deteriorado en poco más de una década la calidad de vida de la población y se han incrementado sus necesidades de salud. Simultáneamente, los servicios sanitarios han recibido un menor financiamiento y apoyo, dañando y disminuyendo su capacidad de respuesta a las demandas ciudadanas.

A través del gasto social, el Estado busca hacer participar a la sociedad en la responsabilidad de su salud, sin tomar en cuenta que la asistencia médica tiene un costo que queda fuera del alcance de la mitad de los mexicanos, sólo la cooperación solidaria del resto de ellos y la conciencia ética y sabia de los funcionarios que manejan los fondos públicos y establecen las prioridades sociales, pueden enmendar esta situación injusta.

La interacción entre los servicios de salud y las unidades familiares tiene lugar de dos formas fundamentalmente diversas. Los programas de salud pública luchan contra los problemas de salud de grupos demográficos enteros o de subgrupos concretos. Su objetivo es prevenir las enfermedades o traumatismos e informar sobre el autotratamiento y sobre la importancia de acudir en busca de asistencia. Los servicios clínicos se prestan en respuesta a la demanda de los individuos y, por lo general, tratan de mitigar o curar el dolor de los que ya están enfermos.

Los programas de salud pública actúan de tres maneras: proporcionando servicios determinados de salud dirigidos a grupos demográficos específicos (por ejemplo inmunizaciones); fomentando comportamientos saludables y promoviendo entornos sanos.¹⁴ Los gobiernos desempeñan un papel importante, y el suministro de información mediante la educación del público es un aspecto fundamental de la mayor parte de los programas, sobre todo, los concebidos con la finalidad de modificar comportamientos sanitarios.

Un examen sistemático, como medio de lucha contra las enfermedades, supone el reconocimiento de personas que no presentan síntomas a fin de identificar y tratar a las que sí las aqueja una enfermedad. Aunque este método se ha utilizado para combatir algunas enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, se emplea sobre todo para las enfermedades no transmisibles. Es un procedimiento aconsejable en el caso de las enfermedades muy extendidas que se pueden curar con un tratamiento precoz, principalmente cuando los periodos de latencia duran muchos años.¹⁵

En los países en desarrollo son normales los embarazos en las mujeres de 15 a 19 años. Encuestas llevadas a cabo en Liberia, Mali y Uganda en el decenio de 1980, revelan que más de una de

¹⁴ Banco mundial, *Informe del Banco Mundial*, Banco mundial, Washington D.C 1993

¹⁵ Ssa., 1995

cada cinco mujeres de esas edades había tenido al menos un hijo o estaba embarazada en el momento de la entrevista. En los países de América Latina y el Caribe, el 16% de todos los nacimientos en 1992 correspondían a madres de menos de 20 años. Los embarazos de las adolescentes son con frecuencia involuntarios y suelen ser más prevalentes entre las mujeres de bajos ingresos.¹⁶

La educación sobre la vida familiar en las escuelas y por otros medios, puede ayudar a los adolescentes a decidir con conocimiento de causa su comportamiento sexual y a prevenir enfermedades de transmisión sexual (ETS). Los servicios de planificación familiar son necesarios para ayudar a los adolescentes a hacer frente a embarazos no deseados, sobre todo, antes del matrimonio, porque pueden ser especialmente valiosos moralmente para cada uno de ellos.¹⁷

Los servicios de planificación familiar, cuando se prestan a través de sistemas comunitarios, son uno de los medios más eficaces en función de los costos para mejorar la salud de las madres y los niños. Hay un gran margen para la mejora de estos servicios en los países en desarrollo, donde más de una de cada cinco mujeres que desean evitar el embarazo no utiliza métodos anticonceptivos. En Bolivia, Ghana, Kenya, Liberia y Togo, al menos una de cada tres mujeres entre los 15 y los 49 años se incluye en esta categoría. La dificultad de acceso a los servicios de planificación familiar es una de las razones por la que éstos no se utilizan, aunque no ciertamente es la única. El costo de prestar servicios de planificación a las mujeres que no tienen acceso a estos, se estima en unos \$2.000 millones de dólares anuales, para todo el conjunto de los países en vías de desarrollo.¹⁸ En México, se han identificado cuatro ámbitos que conforman el entorno actual de la seguridad social. Las características que los definen son un conjunto de implicaciones específicas para la operación de la salud, para lo cual, es necesario plantear lo siguiente:

- Mercado y organización laboral: aquí se destaca la mayor participación de la mujer, las nuevas formas de sindicalización, la mayor capacitación de los trabajadores en general, la incidencia de la migración y la mayor flexibilidad del lugar de trabajo.
- Cambios en la organización de la familia: se refiere a que el tamaño de la familia se ha reducido, el nivel de escolaridad ha aumentado, y se ha incrementado la edad para contraer matrimonio y para divorciarse.

¹⁶ Banco Mundial, 1993. op. cit.

¹⁷ Banco Mundial, 1993. op. cit.

¹⁸ Si el lector desea obtener una mayor información sobre el tema puede consultar con detalle el Informe del Banco Mundial 1993.

- Transición epidemiológica: que es referente a los avances desiguales en la evolución y tratamiento de las enfermedades y padecimientos, tanto las infecto-contagiosas como las crónicas degenerativas, entre regiones y grupos sociales.
- Entorno macroeconómico, comercial e industrial: dentro de lo cual la situación a la que se enfrenta la seguridad social se caracteriza por la recesión económica, el desempleo y la inflación, en un contexto de globalización económica y falta de competitividad del trabajo.¹⁹

La transición epidemiológica es la transformación de los patrones de salud enfermedad que han hecho descender los niveles de mortalidad, concentrándose en las defunciones por edad. Es un proceso de largo plazo que se caracteriza por una reducción en la proporción de muertes causadas por enfermedades transmisibles como las crónicas, las degenerativas y los traumatismos. La transición epidemiológica en México, se ha dado como un proceso de estancamiento polarizado, debido a que no toda la población se ha beneficiado en forma uniforme de los avances que se han hecho para combatir estas dificultades.

Habría que agregar que cada día cobra más importancia la influencia que tiene el ambiente sobre la salud de la población. Dichos efectos comprenden tanto aquellos que se generan en el entorno familiar como los que se producen en la atmósfera y afectan a toda la población. A pesar del importante desarrollo social alcanzado en las últimas décadas, el entorno familiar sigue siendo un importante productor de riesgos para la salud de la familia. Las carencias de satisfactores básicos, como agua potable y servicios sanitarios, da lugar al desarrollo de factores de riesgo que se asocian con enfermedades diarreicas, parasitosis intestinal y desnutrición (FUNSALUD, 1995. op. cit.).

El espacio del entorno familiar, al material con el cual fue construida la vivienda, la presencia de la cocina en la habitación y el empleo de carbón o leña para guisar, se asocian con enfermedades respiratorias (transmisibles y no transmisibles), afecciones de la piel y lesiones accidentales en los niños. El entorno laboral también debe considerarse parte del ambiente, pues allí pasan los adultos más de un tercio de su vida. En estudios recientes, se ha encontrado que en lugares de trabajo existen factores de riesgo que se asocian con neoplasias malignas, alteraciones del sistema nervioso, problemas respiratorios crónicos y afecciones cardiovasculares. Por último, entre las condiciones desfavorables del ambiente en las grandes concentraciones urbanas destacan los agentes nocivos presentes en la atmósfera (metales pesados, ozono y partículas suspendidas en general) y la inseguridad que prevalece en la vía pública.

¹⁹ IMSS, Lineamientos estratégicos del IMSS, 1996-2000, IMSS, México, 1998

En este contexto, es necesario que los institutos de seguridad social como el IMSS o el ISSSTE (principalmente) satisfagan las nuevas demandas y necesidades de la población, al atender permanentemente a la familia y al trabajador, al incentivar la inversión y la expansión de la salud en regiones que han quedado marginadas del desarrollo. Estos grandes retos se podrían superar mejorando la atención a los riesgos de trabajo, los servicios y prestaciones para el trabajador jubilado e incapacitado, los servicios de desarrollo socioeconómico de la mujer, la efectividad de las prestaciones sociales y la atención a nuevos problemas derivados del desarrollo de la sociedad mexicana moderna.²⁰

La asignación selectiva de recursos públicos para atender las necesidades de estas mujeres, sobre todo de las que pertenecen a familias pobres, serían un medio eficaz en función de los costos de promover su bienestar y el de sus hijos. Los medios más eficaces para reducir los peligros de la salud en el entorno doméstico son: el aumento de los ingresos y la mejora del nivel de educación de los miembros de la unidad familiar. Los mayores ingresos permiten a las personas introducir en el hogar las mejoras que desean, entre ellas los servicios de agua y saneamiento. Al mejorar al nivel de educación de la gente, mejora también su higiene y aumenta su receptividad a los programas de información pública.

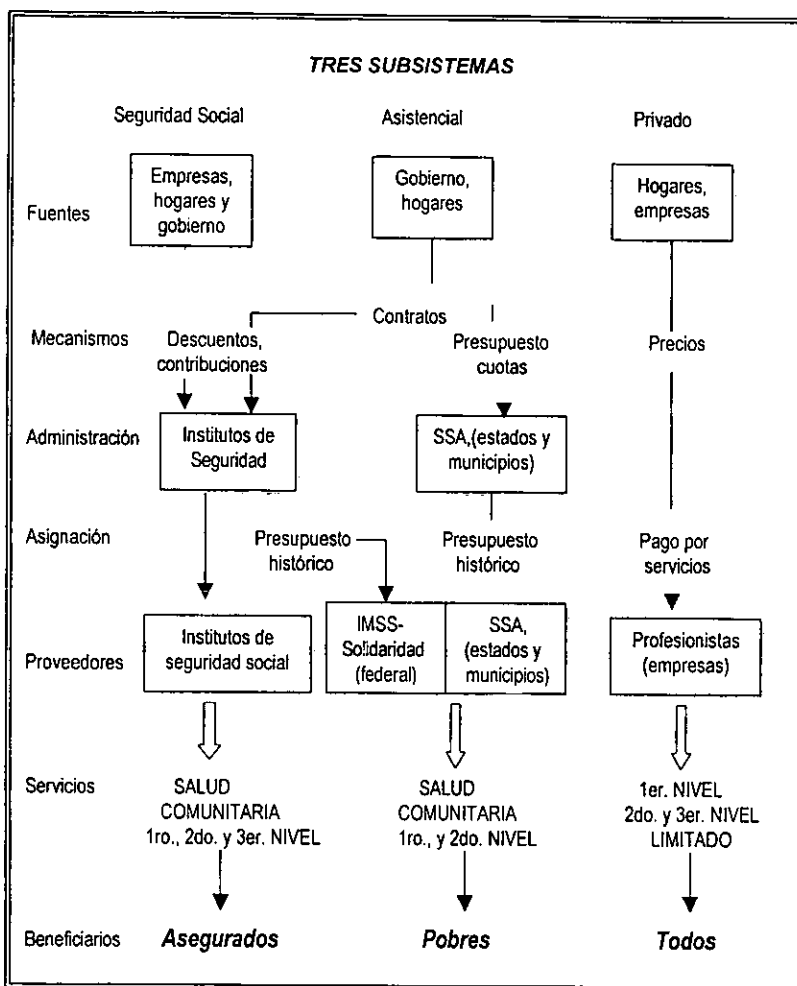
Los gobiernos pueden contribuir a apoyar las iniciativas familiares estableciendo normas ambientales apropiadas e imponiendo su aplicación y difundiendo información, por ejemplo, los beneficios de la higiene para la salud y los efectos que tendría la misma como consecuencia de exponerse con algún humo contaminante. Las autoridades deberían hacer también lo posible por reforzar la seguridad familiar (indispensable para alentar a las familias a invertir en sus viviendas) y por establecer un marco jurídico, reglamentario y administrativo, que facilite un sistema flexible, responsable y eficaz, de prestación de los servicios que la población necesita y por los que estaría dispuesta a pagar.

En el siguiente diagrama, observamos que actualmente nuestro sistema nacional de salud se compone de tres subsistemas aparentemente autónomos: la seguridad social, las instituciones asistenciales y los servicios privados. Por lo que respecta a los grupos sociales, existe una distinción fundamental entre los asegurados y no asegurados. La inmensa mayoría de los asegurados son beneficiarios de la seguridad social, porque los seguros privados cubren una proporción muy pequeña de la población. La segregación de los grupos sociales en subsistemas separados es el problema fundamental del sistema nacional de salud (SNS). El sistema actual puede caracterizarse como uno de

²⁰ Ssa, 1998

integración vertical pero de segregación horizontal. Cada subsistema institucional ejerce cada una de las funciones de regulación, financiamiento y prestación, pero hay traslapes en los grupos de cada usuario.

Sistema nacional de salud en la actualidad



Fuente: Frenk., Lozano R., González-Block M.A, Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe Final, Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia, México, 1994

En el entorno de la seguridad social resaltan las relaciones internacionales en esta materia. La creciente importancia de la migración y del comercio obliga a fortalecer las relaciones internacionales con instituciones de seguridad social, especialmente aquellas de los países que han suscrito o suscribirán tratados de libre comercio con México, convenios de seguridad social con el IMSS o que tienen población mexicana como residente. Las actividades encaminadas a promover las relaciones con aquellos organismos internacionales que, si bien no están especializados en seguridad social, mantienen proyectos de cooperación técnica. Así, la Secretaría de salud consolidaría las actividades de enlace y apoyo entre las áreas operativas y el exterior, para difundir resultados, promover la coordinación con otras instituciones, y revisar los convenios suscritos con otras instituciones de salud y seguridad social a fin de determinar su vigencia con base en las políticas establecidas por todo el instituto.

Medidas esenciales de salud pública

Un punto importante de la estrategia global considerada por el gobierno atañe al sistema de seguridad social. Se han dado pasos concretos con la reforma del financiamiento del componente de salud del IMSS (nuevo sistema de pensiones). Los cambios se han hecho con el objetivo inmediato de restaurar la viabilidad financiera del sistema mientras se reducen las contribuciones de empleados y patrones –para reducir los costos del trabajo y hacer más atractiva la afiliación a la seguridad social para la población no asegurada-. A la larga, el nuevo esquema de financiamiento es visto como una forma de ampliar la cobertura de la seguridad social a los trabajadores que no están actualmente afiliados pero que tienen una capacidad de pagos previa (incluyendo aquellos que realizan actividades informales como los autoempleados en pequeños negocios y a los agricultores). Otros elementos importantes de la reforma del IMSS –la descentralización regional de la administración y las medidas diseñadas para generar pensiones competitivas en los servicios de atención a la salud- buscan mejorar la calidad y eficiencia.²¹

Los programas de salud pública que abordan una gran cantidad de problemas pueden conseguir notables mejoras para la salud a un costo moderado. Las condiciones locales de cada población varían, pero lo más probable es que un conjunto de medidas de salud pública esenciales incluyan lo siguiente:

- Los Programas ampliados de inmunización, incluidos la suplementación de micronutrientes.

²¹ IMSS, 1996 op. cit.

- Los programas de salud escolar para tratar las carencias de micronutrientes e impartir enseñanza sanitaria.
- Programas para informar mejor a la población sobre aspectos de planificación familiar y nutrición, sobre el autotratamiento o las indicaciones para la búsqueda de asistencia y, sobre lucha contra vectores y actividad de vigilancia de enfermedades.
- Programas para reducir el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas.
- Programas de prevención del SIDA, con un fuerte componente relacionado con las ETS.

México cuenta a la fecha con un avanzado sistema de seguridad social que se ha constituido en uno de los pilares fundamentales de la política social y es, sin duda, uno de los elementos distintivos de la sociedad mexicana contemporánea. Nuestro sistema de seguridad social está integrado por cuatro grandes organizaciones que destinan sus recursos y programas a grupos de población claramente diferenciados. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que atiende a los trabajadores empleados por un patrón; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) a quienes prestan sus servicios en las dependencias del Estado; la empresa paraestatal Petróleos Mexicanos (PEMEX) a quienes sirven en su estructura y por último, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM), que atiende a los integrantes de las mismas. Respecto del IMSS puede decirse que después de elaborada la Constitución de 1917, que contiene los principios de la seguridad social en su artículo 123, se produjeron en un lapso de 12 años cerca de 93 disposiciones relativas al capítulo de trabajo y la prevención social. En 1924 se sanciona la Ley sobre Accidentes de Trabajo y en 1931 se expide la primera Ley Federal del Trabajo.²²

En 1938, se envía a las cámaras una iniciativa para establecer el Instituto Nacional de Seguros Sociales. Sin embargo, la iniciativa de ley no llegó a ser discutida, señalándose la necesidad de que se efectuaran los estudios técnicos y actuariales que sustentaran debidamente la propuesta. Es hasta 1942 cuando el presidente Manuel Ávila Camacho envía un proyecto que satisface la inquietud de los legisladores, y el 19 de enero de 1943 se publica la Ley correspondiente, indicando de inmediato las funciones del Instituto Mexicano de Seguro Social.

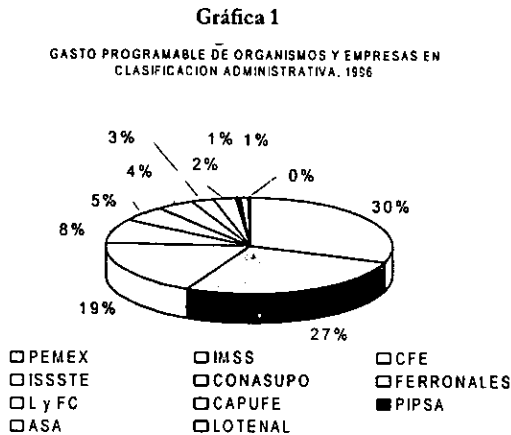
La segunda entidad en importancia en nuestro sistema es el ISSSTE, tiene como antecedente a la Dirección General de pensiones Civiles y de Retiro fundada en 1925, la que exclusivamente otorgaba pensiones por vejez, invalidez, muerte o retiro. Posteriormente, para invertir los excedentes del fondo de

²² Ley del IMSS, 1995

pensiones, se puso en práctica un sistema que facilitó el préstamo a los trabajadores del Estado para el financiamiento de casas-habitación o de préstamos menores intereses.²³

Las medidas en materia de salud dentro del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, proponen orientar la administración pública hacia el servicio, acercarla a las necesidades de la ciudadanía, darle flexibilidad y oportunidad ante los cambios estructurales que vive el país, promover el uso eficiente de los recursos y hacerla cumplir con programas precisos y claros de rendición de cuentas. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) comparte este enfoque, ya que por su tamaño y complejidad establece un número muy grande de relaciones con usuarios y proveedores que demandan atención cercana y uso racional de los recursos. De esta forma, se estableció una base estructural para llevar la toma de decisiones al nivel operativo y conseguir acciones de mayor calidad, calidez y eficacia ante las demandas del derechohabiente.

El IMSS, es presupuestalmente el programa federal más grande (obviamente si no se toma en cuenta a PEMEX). Además, las tendencias internacionales, en los diversos estudios que se han elaborado para México y las tendencias en las demandas explícitas de la población, señalan que la seguridad social será una de los sectores de mayor crecimiento en el largo plazo (ver gráfica 1).



Fuente: SHCP, Entidades del sector paraestatal de control presupuestario directo, México, 1996

Simplemente por su tamaño, pero además por lo complejo de su operación y su trato directo con el usuario, el IMSS es una institución que recibe una gran cantidad de opiniones, sugerencias y quejas de

²³ Ley del ISSSTE, 1990

los usuarios. Eso significa que los planteamientos de los derechohabientes sean escuchados y oportunamente canalizados y resueltos y que, de ser el caso, las controversias se resuelvan con justicia e imparcialidad, bajo los procedimientos legales correspondientes.²⁴

Las estrategias en el ámbito de nuestra realidad social se deben adaptar a una sociedad mexicana que cambia día con día, y en sus 53 años de existencia, desde el origen del IMSS la conducta de la población ha cambiado tanto que las formas de servicio pueden ser eficientes sólo con una evolución sostenida.

En *Los lineamientos estratégicos para el IMSS 1996-2000*, se comenta, que las siguientes estrategias permitirían al seguro social (IMSS principalmente) y a las familias trabajar unidos para intentar disminuir los problemas por los que actualmente pasa el más importante organismo de atención a la salud de los mexicanos:

- Enfrentar el estancamiento y polarización de la transición epidemiológica para beneficiar a toda la población, protegiendo al "terreno ganado" al enfatizar los enfoques preventivos, fomentando la atención especial a familias de bajos ingresos con padecimientos pretransicionales, es decir, que eran comunes antes de la transición epidemiológica de nuestro país y promoviendo su educación para la prevención, e impulsando un estilo de vida más saludable entre la población en general para enfrentar con las mejores condiciones posibles la llegada de la etapa post-transicional de enfermedades crónico degenerativas;
- Reducir las enfermedades y los riesgos en el trabajo, transporte y hogar se plantea como una necesidad inaplazable, ya que una de las principales causas por la cual las tasas de morbi-mortalidad siguen siendo elevadas es que hay demasiados accidentes y enfermedades derivados de la falta de información, educación o cuidado;
- Transformar los programas de atención a los trabajadores jubilados e incapacitados, ya que no sólo esta creciendo aceleradamente el número de personas que pertenecen a estos grupos, sino que cada vez tienen menos apoyo de su familia extendida, tomando en cuenta que sus necesidades no son únicamente médicas, que tienen con frecuencia la capacidad de reentrenarse o rehabilitarse para la vida laboral y que con frecuencia se demanda no es por un servicio, sino por el desarrollo de una forma de vida acorde a su forma de ser y de pensar;

²⁴ IMSS, *Lineamientos estratégicos para el IMSS 1996-2000*, IMSS, México, 1996

- Apoyar integralmente a la mujer trabajadora en beneficio de su capacidad económica y de la calidad de vida de su familia, incluyendo en esto la ampliación agresiva del programa de guarderías al garantizar los recursos financieros a su disposición y;
- Orientar las prestaciones sociales para que coadyuven al cumplimiento de los seguimientos de los ramos de aseguramiento.

Las autoridades del IMSS consideran el incremento de la participación gubernamental en el financiamiento de la seguridad social como una contrapartida al mayor papel que desempeñará el IMSS en la fase de transición de la estrategia del gobierno: el instituto de seguridad social deberá asumir la responsabilidad del financiamiento de los servicios de salud estándar de casi la totalidad de la población urbana así como de zonas rurales densamente pobladas –convirtiendo, por tanto, a la seguridad social en un seguro médico mínimo- mientras que el sector de asistencia pública queda a cargo de la entrega de servicios a las poblaciones marginales. Al mismo tiempo, el IMSS reconoce que, conforme aumente su cobertura, se requerirán de instrumentos de control para evitar una demanda excesiva de servicios, así como una estrategia fiscal para limitar el gasto gubernamental a largo plazo.²⁵

Los nuevos mecanismos de financiamiento deben ir acompañados de un proceso de modernización y descentralización del Instituto, que se estima necesario para mejorar la calidad de los servicios y limitar los costos. La descentralización regional comenzó en 1995 cuando se crearon siete direcciones regionales del IMSS, cada una vigilando entre 70 y 80 hospitales.²⁶ Se ha dado a las agencias regionales más autonomía en la toma de decisiones, se ha diseñado una fórmula para asignar los recursos a las agencias regionales, basada en las necesidades de la población e independientemente de los niveles regionales de salario.

En el debate en curso para mejorar la eficiencia del servicio proporcionando por el IMSS, se han considerado tanto la transferencia de ciertos servicios auxiliares hospitalarios como permitir la libre elección por el cliente de médico familiar, se observó que la selección propia de médico de atención primaria, combinada con la entrega a éstos médicos de un papel de control y coordinación para determinar el acceso aun nivel más alto de atención, mejoraría potencialmente la transferencia de los pacientes a hospitales de segundo y tercer nivel.

²⁵ OCDE, *Reforma del sistema de salud (capítulo especial para México)*, OCDE, Francia, 1998

²⁶ Ssa, 1997, op. cit.

Otra medida fundamental en el proyecto de reforma del IMSS se refiere al desarrollo de una relación más flexible con los prestadores alternativos de servicios de salud. Con miras a generar presiones competitivas en los servicios de atención a la salud afin de reforzar la eficiencia de las operaciones y generar mejores resultados en términos de equidad, el IMSS buscará separar la administración financiera de los fondos de seguridad social de sus actividades médicas, de tal manera que la asignación de recursos a los prestadores de servicios no se base en los gastos pasados.

El principal objetivo de las regulaciones relacionadas con las organizaciones de atención médica administrada será proteger el fondo de seguridad social de riesgos financieros indebidos, reduciendo las posibilidades de comportamientos oportunistas, entre otras restricciones, esta opción sólo estará disponible para las grandes compañías como un todo y para grupos numerosos, pero no para los individuos; se exigirán niveles mínimos de capitalización y de normas de calidad, así como periodos mínimos de permanencia en un plan de salud; también se utilizarán fondos especiales para financiar enfermedades crónicas. Junto con un fuerte marco regulatorio, un enfoque gradual será uno de los principios estratégicos para avanzar en este aspecto de la reforma de la atención a la salud.²⁷

Atención médica

La atención médica, se enfatizará la elaboración de normas regionales en el contexto normativo institucional; la concertación regional y el análisis, la determinación y la toma de decisiones para la dotación de personal, insumos, equipo, obras y remodelaciones para mantener la equidad y homogeneidad de las prestaciones médicas. Las medidas específicas que habrán de llevarse a cabo son las siguientes:

- Promover la libertad de elección del usuario especialmente con respecto al médico de familia, a quien se le deben dar mayores posibilidades de desarrollo profesional y responsabilidades de vigilancia, control epidemiológico y educación para la salud, ya que sin esto será muy difícil lograr mejoras importantes en la Unidades de Medicina Familiar en condiciones de sobredemanda, rezago tecnológico e instrumental, y limitaciones de procedimientos y normatividad para el desarrollo de las capacidades médicas resolutivas del médico familiar;

²⁷ OCDE, 1998. op. cit

- Reforzar el funcionamiento de las brigadas de fomento a la salud, con el propósito de adoptar un modelo de atención con enfoque de riesgo, consolidando los sistemas de vigilancia y control epidemiológico y;
- Que los médicos residentes y de medicina familiar se roten por el área de fomento a la salud cuando menos cada dos meses, a fin de que conozcan los objetivos y propósitos del programa y reorienten su perfil académico anticipatorio y no de año.

Salud comunitaria

La salud comunitaria tiene como estrategia principal la participación comunitaria y del personal de salud, con el fin de que se involucren en la toma de decisiones sobre la atención, se organicen para utilizar y proporcionar adecuadamente los servicios y se concienticen en la necesidad de mejorar la calidad de vida y de salud al identificar y disminuir los factores de riesgo, prevenir y controlar los daños y fomentar el autocuidado de la salud. Sobresale la estimación de recursos financieros para las jornadas y acciones de fomento de la salud en los grupos más vulnerables, así como la vacunación universal; la creación de laboratorios de referencia epidemiológica; y la estimación, requisición y elaboración del programa de distribución de biológicos, material de curación y medicamentos.

La iniciativa de extender la cobertura de los servicios de salud al segmento de la población en pobreza extrema, mediante la entrega de un paquete básico de salud, benefició a cerca de 6 millones de personas hacia 1997. La importancia de esta medida es que constituye un paso decisivo para asegurar el acceso universal a un conjunto de servicios básicos de salud para toda la población en el largo plazo. La cuestión sobre qué tan amplio deberá ser finalmente dicho paquete, es fundamentalmente una decisión política, determinada en función de la capacidad de financiamiento y de compromisos con otros gastos prioritarios. Pero una definición clara de los que constituye un conjunto mínimo de servicios de atención a la salud a los que cada ciudadano tiene derecho, debe ser una piedra angular en cualquier sistema futuro que asegure la cobertura universal.

2. MARCO INSTITUCIONAL EN MATERIA DE SALUD

Así como el arquitecto, antes de elevar un gran edificio, observa sondea el suelo para ver si puede sostener el peso del mismo, el legislador prudente no comienza por redactar leyes buenas en sí mismas, sino que examina antes si el pueblo al que las destina es propio para soportarlas.

J. J. Rousseau

El marco institucional del sistema de salud se tiene que transformar como resultado de los cambios que han vuelto obsoletas las estructuras administrativas y legales tradicionales que ya no son garantía de calidad y cobertura. Crear organismos e instituciones necesarias para lograr el propósito fundamental del derecho a la salud, como un derecho social universal. En la mayoría de los países del mundo existe una legislación en salud desarrollada y eficaz, que impone al individuo y a las comunidades un cierto conjunto de derechos y responsabilidades con relación a la protección de la salud individual y colectiva.

La protección de la salud es una responsabilidad del gobierno que puede ser ejercida directamente o comisionada en las divisiones políticas y administrativas del país. Sin embargo, a pesar de sus poderes y deberes, el administrador sanitario debe tener siempre presente que los servicios a su cargo forman parte de un gobierno nacional y, por lo tanto, deberán funcionar coordinadamente con los demás servicios públicos.¹

En este sentido, Douglas North escribe que: "desde la perspectiva insitucionalista, diferentes conjuntos de instituciones (reglas) y organizaciones económicas, creadas y operadas por el Estado, afectan la conducta económica de los individuos, sus elecciones y preferencias, la asignación y distribución de recursos, y en general, las condiciones económicas de la producción y el intercambio. En esta línea, la teoría neoinstitucionalista, a diferencia de la economía neoclásica, introduce el papel que juega el Estado en un mundo económico caracterizado por la existencia de instituciones, conflictos sociales entre los individuos, derechos de propiedad, contratos, incertidumbre y riesgos".²

Las instituciones son denominadas las "reglas del juego" que restringen y modulan la acción humana. Estas reglas constituyen un sistema de incentivos para el intercambio social, político y económico,

¹ Ayala, 1998. op cit.

² Douglas, C.North, Instituciones, cambio institucional y desempeño económico, Fondo de Cultura Económica, México, 1993

por lo que North propone que el cambio institucional es una de las variables más importantes para comprender la manera en la que evolucionan y se desarrollan las sociedades en el tiempo.³

Las instituciones son construcciones históricas que a lo largo de su evolución (origen, estabilización y cambio) los individuos erigen formalmente. Las instituciones en un país asumen características peculiares, de acuerdo a los rasgos estructurales dominantes de una determinada economía y sociedad, y por supuesto, es importante la influencia de los valores, tradiciones culturales y religiosas, en general, de las convenciones existentes.⁴

Para North, las instituciones es el medio que la sociedad utiliza para reducir la incertidumbre que surge de la interacción humana. La incertidumbre se origina por problemas de información incompleta sobre el comportamiento de los agentes, es decir, cuando el hombre incrementa el conocimiento del medio donde se desarrolla el marco institucional va evolucionando para intentar restringir el comportamiento de los agentes y, por lo tanto, simplificar la toma de decisiones que excluyen comportamientos indeseables e incentivan conductas benéficas para el conjunto de la sociedad.

Existen distintos tipos de instituciones de acuerdo a su formalización en la ley. Las instituciones *formales* son las reglas escritas en las leyes y reglamentos, y son construcciones expresamente creadas por los individuos para encarar problemas específicos de coordinación social, económica y política. La aplicación y cumplimiento de estas instituciones es obligatoria y se requiere de un poder coercitivo para hacerlas cumplir. Las instituciones *informales* son las reglas no escritas, que se van acumulando a lo largo del tiempo, y quedan registradas en los usos y costumbres. En la tradición anglosajona se les conoce como la *common laws* y en la tradición latina por el *derecho consuetudinario*. Estas instituciones son autocumplidas, en el sentido de que no se requiere de una fuerza exógena para obligar su cumplimiento, y las sanciones derivadas de su incumplimiento son meramente morales y privadas.⁵

La estructura de incentivos que marcan las instituciones recaen sobre los derechos de propiedad, estos últimos otorgan a los individuos el derecho de explotar y/o usufructuar ciertos bienes y excluir a otros de sus beneficios. Los derechos de propiedad están definidos con mayor o menor precisión en las instituciones que los codifican. En todo acto de intercambio los individuos transan bienes y servicios en el

³ Douglas, C. North, op. cit.

⁴ Ayala Espino José, *Instituciones y economía: Una introducción al neoinstitucionalismo económico*, Cátedra Ignacio Ramírez en Economía y Finanzas Públicas, Facultad de Economía, UNAM, México, 1998

⁵ Ayala, 1998. op. cit.

mercado y fuera de él, pero en realidad están intercambiando derechos de propiedad. La definición, intercambio y cumplimiento de los derechos de propiedad son procesos que involucran costos. Si los derechos de propiedad son ambiguos y su cumplimiento difícil de garantizar, los costos para preservarlos se elevarán significativamente.⁶

La demanda de las instituciones puede surgir debido a las siguientes necesidades:

- Como una respuesta para resolver conflictos o controversias entre individuos o grupos;
- Porque los individuos demandan voluntariamente instituciones, pero el gobierno es el encargado de su diseño, operación, vigilancia y cumplimiento; y además,
- Porque el gobierno diseña y opera instituciones que los individuos no demandan y se les impone aún en contra de su voluntad (poder coercitivo).

La eficiencia de las instituciones no se limita a su diseño, sino a la eficiencia del aparato encargado de su ejecución. Es decir, la diferencia principal entre una institución y una organización, es la siguiente: las instituciones son las *reglas* que organizan a la sociedad y pueden ser formales, informales, legales o extralegales. Las organizaciones, por su parte, son *sistemas ordenados, estructurados y coordinados* con base en normas de funcionamiento diseñadas por un grupo humano con objetivos definidos.⁷

Por lo tanto, las instituciones definen organizaciones encargadas de su cumplimiento. El marco organizacional designado por las instituciones no permanece indiferente ante los problemas de información que pueden elevar los costos de transacción por cumplir y hacer cumplir las normas. Los problemas de información más relevantes son del tipo agencia-principal, que son aquellos que se presentan cuando existe información asimétrica entre los distintos niveles de la administración: entre el organismo central y sus agencias, entre los directivos y planificadores de un instituto gestor central del seguro social y sus distintas delegaciones regionales, etc. Los problemas del tipo agencia-principal surgen siempre que existe un intercambio entre una parte (el principal) que delega, subroga o arrienda los derechos de propiedad a otra (la agencia).⁸

⁶ Los costos de transacción son aquellos que se reflejan en el precio cuando se transan ó comercian bienes y servicios. Estos se refieren a la definición, vigilancia y cumplimiento de los derechos de propiedad, de los contratos del marco legal existente, etc. Estos costos pueden ser elevados en mercados en los cuales las instituciones, los tribunales, los contratos, etc. no estén definidos o sean ambiguos

⁷ Ayala, 1998, op. cit.

⁸ Vanegas Lomell, Leonardo, La economía de la seguridad social en México. Antecedentes y reforma de los sistemas de seguro social y salud pública. Tesis de Licenciatura, Facultad de Economía, UNAM, 1997

Las estructuras de gobernación de las organizaciones tienen como objetivo minimizar los problemas de agencia-principal, por lo que, a medida que la información se vuelve más compleja es recomendable revisar la pertinencia de las estructuras de gobernación vigentes.⁹

Legislación en materia de salud

En la mayoría de los países del mundo existe una legislación en salud desarrollada y eficaz que impone al individuo y a las comunidades un cierto conjunto de derechos y responsabilidades en relación a la protección de la salud individual y colectiva. Estas medidas legales se traducen ciertos servicios que la población recibe a través de instituciones y de profesionales de la salud, en diferentes condiciones, según los objetivos que se hayan formulado en la política de salud del respectivo gobierno (federal, estatal y municipal).

En este sentido, el Estado reconoce la responsabilidad de la salud de la población, asigna también ciertas responsabilidades a los gobiernos estatales y municipales, y deja otros compromisos en manos del individuo y de las colectividades. La protección de la salud es una responsabilidad del gobierno que puede ser ejercida directamente o delegándola en las divisiones políticas y administrativas del país. Sin embargo, a pesar de sus poderes y deberes el administrador sanitario debe tener siempre presente que los servicios a su cargo forman parte de un gobierno nacional y, por lo tanto, deberán funcionar coordinadamente con los demás servicios públicos.

Es fundamental que el administrador de la salud tenga una idea clara y precisa de la organización administrativa del país, de la reglamentación en materia de salud y de los poderes, deberes y limitaciones de sus funciones. Los fundamentos legales de los programas de salud deben ser conocidos también por los médicos prácticos, ya que ellos tienen responsabilidades de este tipo que cumplir, tales como la denuncia de las enfermedades transmisibles, la certificación de nacimientos y muertes, el uso de ciertas drogas, etc., y responsabilidades profesionales para colaborar en los programas colectivos de salud.¹⁰

La legislación en materia de salud está constituida por las leyes que tienden a proteger y fomentar la salud de la población. Hay dos métodos por medio de los cuales la legislación trata de lograr estos objetivos:

⁹ Lomelí, 1997 op. cit.

¹⁰ Hernán, San Martín, Administración en salud pública. Ediciones científicas, La prensa médica mexicana, México 1990

- Determinar que debe y no debe hacer el individuo frente a ciertas circunstancias relacionadas con su salud o con la de los demás; y
- Autorizar a los servicios locales de salud para tomar medidas para prevenir y curar las enfermedades.

Generalmente las leyes en salud implican ambos métodos. Las normas jurídicas están destinadas a regir una determinada sociedad que, por su naturaleza, experimenta un proceso constante de transformación por lo que las relaciones de los individuos que la conforman llegan a alcanzar formas complejas. El progreso de la ciencia y la técnica hace que el derecho quede inmerso en este proceso dinámico, lo que exige la adecuación continua de las normas jurídicas a las nuevas situaciones que día a día se presentan.

Conforme evolucionaron las sociedades se hicieron necesarias nuevas formas de regulación jurídica acordes con la realidad imperante. Así, se fueron conformando nuevas ramas del derecho. El avance industrial acelera el surgimiento del derecho laboral; consecuentemente, más tarde hubo necesidad de elaborar formas de protección social para los trabajadores.

El derecho no puede mantenerse desvinculado de las condiciones que le dan vigencia, pues esta situación provocaría anarquía, situación contraria a los principios de nuestro Estado nacional. El derecho debe mantenerse a la vanguardia de los procesos de transformación de la sociedad, mediante la continua adecuación de sus normas a la realidad social y la creación de otras que respondan a las nuevas relaciones sociales. De esta forma, el derecho es parte de la sociedad, producto de ella y tiene función reguladora en su proceso de formación y conformación. El Estado como responsable y rector del desarrollo nacional tiene la obligación de aplicar, por la vía del derecho, los planes y políticas requeridos para mejorar los niveles de salud del pueblo mexicano.

En este sentido, el marco institucional del sistema de bienestar social del país tiene como fundamento los artículos 4° y 123 de la Constitución. Este último establece el derecho a la seguridad social de todos los asalariados, debido a que "toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social para el trabajo, conforme a la ley".

En la Constitución se plasman los derechos fundamentales de los mexicanos, la forma de organización del Estado, y se establecen las garantías individuales de igualdad, libertad, propiedad, seguridad jurídica, así como las de carácter social, particularmente las referidas a los grupos de población

marginada. En 1982 se hizo una adicción a la fracción tercera del artículo 4° de la constitución. La iniciativa presidencial señalaba al respecto que:

"La custodia, restauración y mejoramiento de la salud no es tarea que pueda eficazmente atender el Estado si no concurren los propios interesados, ya que se trata de una responsabilidad que atañe a todos y cada uno de los mexicanos y que está estrechamente vinculada a lo cultural."

La adición quedó en los siguientes términos:

Artículo 4o tercer párrafo:

"Toda persona tienen derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá las concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución."

Con base en la Constitución se desprenden una serie de leyes, reglamentos, contratos, etc., en materia de salud. La Ley General de Salud, por ejemplo, incluye lo concerniente al registro de nacimientos y muertes, al registro de enfermedades transmisibles, los deberes y derechos de los servicios de salud, las responsabilidades de los administradores sanitarios, la reglamentación de la atención médica curativa, las condiciones del saneamiento urbano-rural, las condiciones en que deben prepararse, conservarse y distribuirse los alimentos, las formas en que debe desarrollarse el trabajo para que no sea un riesgo para la salud, la calidad de los medicamentos que se expenden al público, las circunstancias en que es necesaria la vacunación, el tratamiento o el aislamiento de personas con enfermedades muy complejas, etc. De todas las leyes sanitarias la más importante es aquella que establece y determina las normas para que funcionen los programas de salud.

Es importante señalar que la asistencia pública se podría definir como socorro, favor o ayuda; sin embargo, se distingue que esta puede ser una asistencia privada, o bien, una asistencia social. La asistencia privada, regulada por la Ley de Instituciones de Asistencia Privada para el Distrito Federal, es aquella patrocinada por entidades o personas jurídicas que realizan actos humanitarios sin propósito de lucro y sin designar de antemano a los beneficiarios.

En los términos de esta ley, se reconocen tres clases de instituciones de asistencia privada: a) las fundaciones; b) las asociaciones; y c) las juntas de socorro o asistencia. Las *fundaciones* son personas morales constituidas mediante la afectación de bienes de propiedad privada destinados a la realización de actos de asistencia. Las *asociaciones* son personas morales que se constituyen por voluntad de los particulares en los términos de la ley citada, y cuyos miembros aportan cuotas periódicas para el

sostenimiento de la institución, sin perjuicio de que pueda pactarse que los asociados contribuyan además con servicios personales. Las *juntas de socorro o de asistencia* se organizan para satisfacer necesidades surgidas de epidemias, guerras, terremotos, etc.

La asistencia social o beneficencia pública se encomienda, conforme a la legislación, a la Secretaría de salud. Tiene efectos de importancia en nuestro derecho, ya que el código civil la preceptúa como heredera. Baste citar los artículos 1298,1299,1329,1330,1636 y 1637,entre otros. Hasta 1983,la asistencia pública era una función que el Estado ejercía para proteger a la población de los riesgos inherentes a la insalubridad, enfermedades, desnutrición, abandono, contaminación ambiental y otros males sociales que afectan la salud y seguridad vital de los individuos.

Actualmente, la Secretaría de salud, conforme a la Ley Orgánica de la Administración Pública federal, tiene a su cargo "*la procuración de los servicios asistenciales, el fomento y organización de los servicios sanitarios*". A pesar de que constitucionalmente corresponde a las autoridades federales legislar y administrar los servicios de salubridad general en todo el país, en 1981 se inició un proceso de desconcentración, por lo que algunas de las funciones que correspondían a los Servicios Coordinados de Salud Pública se han transferido a los gobiernos estatales. La situación actual que se vive en México demanda fortalecer las instituciones públicas a fin de obtener niveles de bienestar adecuados para el crecimiento y desarrollo del individuo y la familia.¹¹

Este proceso de cambios normativos se enmarca en el nuevo derecho de asistencia social, el cual es reflejo del interés del Estado por mejorar y elevar las condiciones de vida de los grupos marginados. Al conformar un régimen jurídico de asistencia social, se busca realizar los principios gobernantes que nos caracterizan: justicia social, seguridad y bien común. Desde el año de 1943, existe un régimen de seguridad social para los trabajadores asalariados que se complementa por varios organismos que conforman el Sistema Nacional de Asistencia Social. Sin embargo, la capacidad rectora en materia de regulación y coordinación del sistema de salud se definió legalmente hasta 1984. En el siguiente cuadro se describe el marco institucional del sistema de seguridad social que actualmente rige a los distintos grupos sociales que existen en el país:

¹¹ Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Editorial Porrúa, México, 1996

Marco institucional del sistema de seguridad social

| <u>Grupo</u> | <u>Constitución</u> | <u>Legislación</u> |
|-------------------------|-------------------------|---|
| Seguro Social | Trabajadores en general | Art.123 Apdo. A Ley del Seguro Social (1973) |
| Trabajadores del Estado | Art.123 Apdo. B | Ley del ISSSTE (1983) |
| Población general | Art. 4o | Ley General de Salud (1984) |
| Población indigente | Art. 4o | Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social (1986) |
| Trabajadores en general | Art.123 Apdo. A | Ley del Seguro Social (1973) |
| Trabajadores del Estado | Art.123 Apdo. B | Ley del ISSSTE (1983) |
| Trabajadores en general | Art.123 Apdo. A | Ley del INFONAVIT (1972) |
| Trabajadores del Estado | Art.123 Apdo. B | Ley del FOVISSSTE (1972) |

Fuente: Ley del IMSS, México 1995

Ley General de Salud

En 1983 se promulga la Ley General de Salud con lo cual, por primera vez en la historia legislativa de México, la asistencia social es considerada como materia de salubridad general, ayuda o socorro y, convirtiéndola, además, en un programa permanente de gobierno. La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud, establece las bases y modalidades para sus servicios, y la competencia federal y estatal en materia de salubridad.¹²

Conforme al artículo segundo de esta ley, las finalidades del derecho a la protección de la salud son las siguientes:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.

¹² Ley General de Salud, Editorial Porrúa, México, 1996

- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsabilidades de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y reestructuración de la salud.
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfaga eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Los objetivos del derecho a la salud tienen correspondencia con el derecho a la asistencia social, pues integran un todo jurídico, social y político. La Ley General de Salud clasifica a los servicios de la materia en tres tipos:

- De atención médica,
- De salud pública, y
- De asistencia social.

La asistencia social, de acuerdo con la ley, es materia de salubridad general según lo establece el artículo 3, en su fracción XVIII; las autoridades federales y locales determinarán conjuntamente la normatividad técnica, promoción, orientación, fomento, apoyo, organización y operación de los servicios de salud en esta área.

Las tareas asistenciales dirigidas a los grupos marginados están consideradas como un servicio básico de la salud, según lo dispone el artículo 27, fracción décima, de la Ley General de Salud. El título noveno establece en su único capítulo las bases legales para la asistencia social, prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos. Los aspectos más sobresalientes de este apartado son los siguientes:

- Definición de la asistencia social con características de prevención, mejoramiento y rehabilitación.
- Descripción de las actividades o servicios básicos de salud en materia de asistencia social.
- Coordinación con el Ejecutivo Federal, a través del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, con las dependencias y entidades del sector salud y los gobiernos estatales, para fomentar programas públicos de asistencia social, otorgando para ello recursos y apoyo técnico.

- Procuración de atención inmediata y preferente a los menores y ancianos en estado de desprotección social o sujetos a maltrato, así como a los sujetos víctimas de delitos que atenten contra su integridad física o mental o su desarrollo psicomático.
- Creación de un organismo del gobierno federal que tendrá como objetivos:
 - Promover la asistencia social.
 - Prestar servicios en ese campo, y
 - Coordinar sistemáticamente las acciones de asistencia social que lleven a cabo las diversas instituciones estatales.

De hecho, en 1995 se dieron los primeros pasos hacia la descentralización presupuestal de la Secretaría de Salud, se impulsó la modernización y simplificación administrativa, y se inició la desregulación de tareas de vigilancia y regulación sanitarias. También, se diseñaron estrategias para ampliar la cobertura, destacadamente el diseño de un Paquete Básico de Servicios de Salud, que atenderá las necesidades de comunidades, en su mayoría indígenas, que no cuentan con acceso regular a los servicios básicos de salud, y también como una estrategia dirigida a la pobreza extrema. Así, el Gobierno Federal planteó la necesidad de una reforma al sistema de salud, cuyo propósito central consiste en ampliar la cobertura y fortalecer el federalismo a través del establecimiento de ciertas medidas.

Reforma al sistema de salud

Todo proyecto de reforma debe empezar expresando los valores, los principios y los propósitos que permiten articular una misión y una visión para el sistema de salud. En la atención a la salud, el término "reforma" ha tenido múltiples significados, a veces con la intención de legitimar una serie de acciones. Esto no es de sorprenderse si al concepto de reforma se le asocia a una connotación positiva, pues se liga directamente con la eliminación de elementos negativos o con la evolución deliberada hacia un estadio de superior bienestar. La reforma del sistema de salud puede concebirse como "el conjunto de cambios generados por el gobierno o por diversos grupos de la sociedad con la intención explícita de transformar las instituciones de salud para su mejoramiento".¹³

¹³ FUNSALUD, 1995. op. cit.

El informe del Banco Mundial (1993), menciona que los países de la OCDE enfrentan dificultades persistentes en el financiamiento y la prestación de sus servicios. Entre los problemas más comunes se encuentran: la falta de equidad en el acceso a los servicios, lagunas en la cobertura de los seguros, aumentos inaceptablemente rápidos de los gastos en salud, ineficiencia y mala calidad de los servicios. En parte, estas dificultades obedecen a circunstancias que escapan al control de los gobiernos, por ejemplo, los cambios demográficos y tecnológicos, pero en cierta medida se derivan también de fallas en el diseño de los sistemas de financiamiento, pago y reglamentación de la atención a la salud.

Muchos gobiernos han tomado medidas importantes para limitar el aumento de los costos, a través de una mayor participación en éstos o de reformas de la oferta. Las reformas más importantes en el decenio de 1980 probablemente fueron las consistentes en la introducción de mejores incentivos y reglamentos para prestadores de asistencia y aseguradores, a fin de elevar la productividad de unos recursos limitados. Algunos sistemas han ido orientándose hacia la contratación entre aseguradores públicos y prestadores privados.¹⁴

Algunos otros países reformaron el propio modelo contractual, haciendo hincapié en la elección por los consumidores, la adquisición activa e informada de la asistencia en lugar de la financiación pasiva por terceros, y la competencia dirigida entre los prestadores de servicios de salud. Estas reformas han sido muy marcadas en Alemania, pero también algunos elementos de estos cambios se han llevado a la práctica en Bélgica y Países Bajos, en forma de sistemas de pago mixtos que combinan topes presupuestarios con el pago a los prestadores de asistencia en función del trabajo (Banco Mundial, op. cit.).

En México, algunas de las deficiencias observadas se deben evidentemente a la ausencia de una estructura de incentivos en un sistema cuya formación institucional se desarrolló a lo largo de la historia. Como el sistema mexicano de atención a la salud combina las características de dos modelos opuestos – un “modelo integrado público” y un “modelo contractual privado”- sufre algunas de las desventajas de ambos modelos.¹⁵

Por un lado, el sistema muestra muchos de los defectos característicos del “modelo público integrado”: los dos segmentos del Sistema Nacional de Salud –Secretaría de Salud (Ssa) y esquemas de seguridad social- ejercen un poder casi monopólico sobre su clientela, sin posibilidades efectivas de

¹⁴ Banco Mundial, 1993. op. cit

¹⁵ La clasificación de los sistemas de salud aquí presentados, se refiere a la utilizada en la OCDE (1994). Bajo la terminología de la OCDE, la estructura organizacional del sistema mexicano de atención a la salud, sería caracterizada como un “modelo público integrado y segmentado”.

elección por parte del consumidor. Dado que el prestador de servicios es también el ente regulador, el grado de supervisión y control de calidad es desigual debido a los frecuentes conflictos de intereses (OCDE, 1998).

En ausencia de incentivos apropiados para un buen desempeño de los prestadores del servicio y con una regulación impuesta a través de un método de mando y control, los costos y el control de calidad son insatisfactorios y el sistema muestra poca capacidad de respuesta a las necesidades de los usuarios.¹⁶ Además, la asignación de los recursos ha sido con frecuencia ineficaz, reflejando la falta de capacidad administrativa nivel local. Estas deficiencias se manifiestan de varias maneras: coexistencia de una subutilización de capacidad en algunas zonas con muy poca capacidad en otras (hay hospitales sin equipo, otros con equipo pero sin médicos); inadecuada composición del personal, con suficientes médicos en proporción a la población, pero un número insuficiente de enfermeras y técnicas en atención primaria; ausentismo de los profesionales de salud y pobre distribución del personal por región debido a la supervisión inadecuada y a la falta de incentivos; gasto excesivo en medicamentos que refleja en parte un sistema de distribución ineficaz; un inadecuado envío de pacientes, en la medida en que los pacientes omiten pasar por el primer nivel de atención y van directamente a las instituciones de segundo nivel que son más costosas.¹⁷

En la Ssa y el IMSS, los pacientes no deberían entrar a un hospital general sin ser enviados por un médico primario (excepto en casos de emergencia o en las zonas rurales donde se permite a los pacientes ir al hospital más cercano aunque este sea de nivel secundario); dicho envío es necesario para visitas a especialistas o para hacerse análisis. Pero con frecuencia la población encuentra la manera de evitar esas reglas. La vía de emergencia es utilizada frecuentemente para entrar a los hospitales, lo que reduce la capacidad de la institución para planear y tratar a los pacientes a un nivel mejor costo-beneficio.

Sin embargo, debido a la dispersión de las responsabilidades de la Ssa, que fue proporcionando cada vez más atención médica directa a los no asegurados, esta institución no fue capaz de prestar suficiente atención a los que debería ser su papel esencial: supervisión, regulación de otros prestadores de

¹⁶ Los gastos por cuenta propia en atención privada por parte de personas cubiertas por el esquema de seguridad social, son un indicador de la insatisfacción de los pacientes en cuanto a la calidad de los servicios ofrecidos por el sistema público de salud.

¹⁷ México tiene un médico por cada 652 habitantes, una proporción comparable a la de otros países con ingresos medios; pero sólo hay una enfermera por cada 495 habitantes, la mitad de la proporción observada en países comparables; la relación médico/enfermera en 1994 era de 1:1.5 en lugar de la recomendada 1:2 (Banco Mundial 1993). A pesar de que el número de médicos es apropiado en el ámbito agregado, estos tienden a concentrarse en zonas urbanas, mientras que las plazas rurales permanecen vacantes debido a las pobres condiciones de vida (combinadas con la ausencia de incentivos y una supervisión inadecuada).

servicios de salud y establecimiento de normas aplicables a todo el sistema, y al mismo tiempo asignar sus recursos a las políticas de salud pública *per se* (realización de acciones colectivas, campañas de información preventiva, vacunaciones, etc.). Además, no se han hecho respetar suficientemente las regulaciones cuando éstas existen.

El segmento privado del sistema de salud ha jugado un papel complementario, al atender a la población insatisfecha con los servicios ofrecidos por el sistema público. Aún así, aunque existe el marco regulatorio, hay una insuficiente aplicación de dicho marco y, por lo tanto, es probable que el financiamiento y la prestación de servicios privados sufran también ineficacia. La diversidad de la entidades de financiamiento y de prestación de servicios en el sector privado dio lugar a mercados segmentados, donde los prestadores de servicios podían explotar a los consumidores dada la asimetría de información, y los aseguradores podían "elegir" a la población con bajos riesgos médico.¹⁸

| ACCESO DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD | | | | |
|---|--|----------------------|------------------|------------|
| (millones de personas) | | | | |
| Población asegurada | | Población abierta | | |
| Seguro médico privado | Seguridad social, Principalmente IMSS e ISSSTE | Ssa | IMSS-Solidaridad | Sin acceso |
| 4 | 7 | 26 | 9 | 10 |
| Con mayores ingresos | | Con menores ingresos | | |

Fuente: Lineamientos Estratégicos del Instituto Mexicano del seguro social, 1996-2000, Coordinación General de Comunicación Social, México, 1996

Con el objetivo de proporcionar servicios de salud de alta calidad y adecuada relación costo-beneficio para toda la población, la actual administración ha delineado una estrategia de reforma en el sector salud. El programa específico de reforma para la salud (*Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000*) aporta más detalles. Los tres objetivos principales de la reforma en curso son:

- Proporcionar acceso a los servicios públicos de salud a la población hasta ahora no cubierta;
- Hacer más eficiente la prestación de servicios para toda la población; y

¹⁸ Stiglitz (1988) analiza los problemas generalmente asociados con la prestación privada de servicios de salud; para más detalles sobre México, ver Frenk y Lodoño (1997).

- Establecer un sistema de atención a la salud que no genere una futura explosión automática del gasto.¹⁹

Esta reforma es un esfuerzo a largo plazo que se llevará a cabo en fases sucesivas y siguiendo varios caminos. En algunas áreas, ya se han instrumentado algunas medidas; en otras, todavía tienen que ser definidas las acciones precisas a emprender, mientras que en otras áreas aún el programa de gobierno sólo indicó la dirección general de los cambios deseados. En el más largo plazo, la idea es que cuando se finalice la reforma, el nuevo sistema deberá estar organizado más bien por funciones, y no por grupos sociales, sin embargo, en la figura 1, se presenta una matriz que interrelaciona las dimensiones fundamentales de nuestro sistema actual de salud: los grupos sociales y las funciones del sistema. Por lo que respecta a los grupos sociales, en México existe una distinción fundamental entre los asegurados y los no asegurados. La inmensa mayoría de los asegurados son beneficiarios de la seguridad social, pues los seguros privados siguen cubriendo a una proporción muy pequeña de la población. A su vez, los no asegurados se dividen en dos grupos que están en esa condición por razones distintas: de una parte, los pobres, tanto urbanos como rurales, que quedan excluidos de la seguridad social por el hecho de no participar en el sector formal de la economía; de la otra parte, las clases medias, sobre todo urbanas, que no están protegidas por la seguridad social ni han adquirido seguro médico privado.²⁰

En cuanto a la segunda dimensión de la matriz, todo sistema de salud debe realizar tres funciones primordiales: la prestación directa de los servicios, el financiamiento de la atención y la modulación del mercado. El problema fundamental del sistema de salud mexicano es que segrega a los grupos sociales en subsistemas separados, la figura 1 nos ilustra la organización presente de nuestro sistema de salud. Nuestro actual sistema puede caracterizarse como uno de integración vertical pero de segregación horizontal. Cada segmento institucional -la Ssa. y otras instancias de asistencia pública, la seguridad social y el sector privado- ejerce las funciones de modulación, financiamiento y prestación, pero lo hace para un grupo específico.²¹

¹⁹ IMSS, *Programa de reforma del sector salud*, IMSS, México, 1995-2000

²⁰ FUNSALUD, 1995 op cit

²¹ FUNSALUD, 1995 op cit

Figura 1.
Diseño actual del modelo segmentado

| FUNCIONES | GRUPOS SOCIALES | | |
|----------------|---|-----------------------|--------------------------------|
| | CON CAPACIDAD DE PAGO | | POBRES |
| | CON SEGURO SOCIAL | CON SEGURO PRIVADO | NO ASEGURADOS |
| Modulación | ↓ | ↓ | ↓ |
| Financiamiento | | | |
| Articulación | | | |
| Prestación | | | |
| | <i>Instituto(s) de seguridad social</i> | <i>Sector privado</i> | <i>Ministerio de salud</i> |

Fuente: Tomado de: Frenk, Julio, *La seguridad social en salud: perspectivas para la reforma en México*, CIDE, México, 1998

Esta configuración del sistema de salud acarrea múltiples problemas. En primer lugar, da lugar a la duplicidad y el desperdicio de recursos. En segundo lugar, el sistema actual establece monopolios para las clientelas respectivas de cada institución de seguridad social. Desde luego, la población no necesariamente respeta esas divisiones artificiales, de hecho, existe una considerable traslape de la demanda, de tal forma que una proporción muy elevada de derechohabientes de la seguridad social utiliza servicios del sector privado y de la Secretaría de salud. El problema es que el peso de tal decisión recae sobre el derechohabiente mismo, que se ve obligado a pagar por la atención que recibe, a pesar de que previamente ya había cubierto una prima de seguro. Ello conduce a una de las inequidades más severas del sistema: la cotización múltiple, que impone a muchas familias y empresas una carga no proporcional a los beneficios recibidos.²²

Por el contrario, la figura 2 muestra una propuesta del nuevo modelo, la Ssa. debe concentrar sus esfuerzos en las funciones de regulación y normativas. El financiamiento debe provenir de varias fuentes (contribuciones al seguro, cuotas por el servicio, impuestos federales y estatales). Se espera que el sector

²² FUNSALUD, 1995. op. cit.

de seguridad social integrado cubra a una gran parte de la población; los servicios de asistencia pública deberían ser totalmente descentralizados e integrados en el ámbito estatal; aun las poblaciones más remotas tendrían acceso a la atención médica básica.²³

En general, la siguiente figura consistiría en invertir la matriz presentada en la figura 1: en vez de la actual integración vertical con segregación de los grupos sociales, se daría una integración horizontal de funciones. En este esquema, la Secretaría de salud centraría sus esfuerzos en la modulación o regularización de la política de salud nacional. La función de financiamiento pasaría a ser la más importante para las instituciones de seguridad social (seguros médicos privados, seguridad social y sistemas estatales de salud). La prestación directa de servicios se abriría al pluralismo, fomentando la competencia leal y la creación de formas más eficientes de organización tanto en el sector público como en el privado. Esta alternativa, según FUNSALUD, fortalece la diversidad de las instituciones dedicadas a la salud.²⁴

Figura 2.
Sistema mexicano de atención a la salud: propuesta de reforma

| CATEGORIA DE POBLACION FUNCIONES | POBLACION ASEGURADA | | POBLACION NO ASEGURADA | |
|---|--|------------------|---|------------------|
| | ASEGURADORAS PRIVADAS | SEGURIDAD SOCIAL | ACCESO A LOS SERVICIOS PUBLICO DE SALUD | SIN ACCESO |
| Regularización (normalización, control de calidad y políticas nacionales de salud) | Ssa (autoridad central) → | | | |
| Financiamiento (captación de contribuciones al seguro, cuotas por servicio o impuestos federales y estatales) | Seguros médicos priv. | Seguridad Social | Sistemas estatales de salud | |
| | ← Revisión de cuotas | | ← Afiliación Voluntaria | ← PAC |
| Provisión del servicio (procuración de atención a la salud) | Proveedores públicos y privados en mercados competitivos (hospitales autónomos, públicos y privados, y médicos generales) → | | | |
| Magnitud de La población | En expansión → | En expansión → | En contracción → | En contracción → |

¹ En el más largo plazo

FUENTE: Secretariado de la OCDE; autoridades nacionales, 1998

²³ OCDE, 1998. op. cit.

²⁴ FUNSALUD, 1995. op cit.

A pesar de ello, en nuestro país existen pocas instituciones encargadas de la investigación en materia de salud, algunos organismos como FUNSALUD, CIDE o bien como el Instituto Nacional de Salud Pública no quitan su interés en dedicarse a la investigación en este campo de compleja trascendencia. En un análisis recientemente llevado a cabo ("La seguridad social en salud: perspectivas para la reforma en México"), se menciona que la evolución del sistema nacional de salud, y su situación actual, apuntan a siete obstáculos de su desempeño.²⁵ Estos constituyen el reto fundamental, cuya superación debe ser el propósito de la reforma integral de nuestro sistema de salud. Para comprender mejor este reto analizan el concepto de reforma con el cual establecer las posibilidades y evaluar las iniciativas en curso. Frente a este concepto global de reforma, se presentan las propuestas que al respecto se han formulado para el caso de México. Los retos a los que se enfrenta el buen desempeño de nuestro sistema de salud pueden resumirse en los siguientes "obstáculos" que a continuación se describen:

Inequidad

Por equidad entendemos el grado en que los satisfactores se distribuyen de manera proporcional a las necesidades, de tal modo que todas las personas tengan las mismas oportunidades. En el caso de la salud, la equidad puede definirse operativamente como el grado en que las oportunidades de acceso a los servicios corresponde con la distribución de la enfermedad y la muerte. La búsqueda de la equidad implica la revisión de las formas en que se han distribuido los servicios de salud en México. En general, se puede afirmar que hay dos formas básicas de inequidad: una en el acceso legal a los servicios y otra en su prestación. La inequidad de acceso se estudia analizando las diferencias de recursos, servicios y beneficios entre los asegurados y los no asegurados. Dado que hay grandes diferencias económicas al interior de cada uno de estos dos grupos, se estudia la inequidad de prestación midiendo la capacidad de los distintos estratos asistenciales y privados, así como el impacto del cobro por servicios sobre el ingreso familiar. Finalmente, se la interrelación entre la inequidad de acceso y la inequidad de prestación, considerando el balance que existe entre el volumen de atención ofrecida a la población asegurada dentro de los servicios asistenciales y, a la inversa, el volumen de servicios ofrecido a la población no afiliada por las instituciones de seguro social.

²⁵ Dentro de este análisis participaron los investigadores Frenk Julio; González Block Miguel; Knaut Felicia, y Lozano Rafael. Cabe señalar que se trata de la versión preliminar publicada el 17 de julio de 1997, del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE)

Insuficiencia

En todo el país, el diagnóstico de la insuficiencia de recursos para la salud surge del estudio de factores como las necesidades insatisfechas, la riqueza disponible y la importancia que la sociedad le confiere a este rubro del bienestar. El estudio del peso de la enfermedad en México –sobre todo de la enfermedades prevenibles- manifiesta una insuficiencia de recursos, particularmente en las regiones menos desarrolladas. La falta de cobertura, la insatisfacción y la frustración que produce la red de servicios de salud apuntan también en ese mismo sentido. Por otra parte, la ineficiencia nos habla de un desperdicio de recursos y servicios, en tanto que la inequidad revela que la redistribución podría contribuir a la suficiencia, al menos entre los grupos con mayores carencias, por ello, las instituciones padecen una escasez crónica de algunos recursos claves para cumplir con las metas que se han propuesto.

Ineficiencia

La eficiencia puede evaluarse en dos dimensiones: una dada por la proporción de recursos asignados a los problemas de alta trascendencia y vulnerabilidad –la llamada eficiencia de asignación- y otra –llamada eficiencia técnica- determinada por el grado en que se aprovechan los recursos para producir el máximo rendimiento con el mínimo desperdicio. En el caso de la salud, la eficiencia técnica se evalúa explorando el aprovechamiento de los servicios de salud y comparando la productividad de los recursos humanos y materiales en las distintas instituciones. Dentro de este rubro se pone énfasis en el gasto en salud, destacando las implicaciones del gasto administrativo, por ejemplo, algunas veces se gasta en programas que no rinden un impacto sobresaliente en la salud de la población, a la vez que se desperdician recursos por falta de capacidad gerencial de los prestadores de servicios sanitarios.

Inadecuada calidad

La calidad de la atención incluye generalmente dos grandes aspectos: la satisfacción del paciente y sus familiares con el trato que reciben, y la calidad con la que se aplica la tecnología médica y se evitan sus indeseables efectos colaterales. La inadecuada calidad de la atención es atribuible, según los directivos de hospitales públicos, al elevado ausentismo y rotación de médicos, la baja motivación, los salarios bajos, las elevadas cargas de trabajo y los deficientes incentivos con que trabaja el personal. A estos problemas se debe agregar otros de índole administrativa: congelación de plazas, prestaciones sindicales incongruentes con las necesidades técnicas y deficiente capacitación. Existe amplia evidencia sobre la falta

de capacitación del personal así como carencias organizacionales, produciendo con gran frecuencia resultados de la atención que están por debajo de los estándares aceptables.

Insatisfacción

La plena satisfacción de los usuarios es fundamental para una acción eficaz de los servicios de salud y para una acción eficaz de los servicios de salud y para un rendimiento adecuado de los recursos. Un solo prestador de servicios no alcanza a satisfacer a toda su población objetivo. Esto se debe a la diversidad de expectativas que la población tiene en torno a su atención y a la creciente legitimación de la libertad de los usuarios para elegir a su prestador de servicios. La población puede expresar su insatisfacción con la atención al buscar servicios alternativos a aquellos a los que está afiliada o –teniendo el usuario escasos recursos- al acudir a servicios más caros que los ofrecidos por el gobierno. La expresión subjetiva de la insatisfacción tiene dos aspectos: la opinión general sobre los servicios y la emisión de juicios sobre experiencias personales de atención.

Inflación

La inflación o incremento de los precios de los servicios de salud tiene tres causas principales: el aumento en la demanda de servicios cuando la oferta de los mismos no crece de manera correspondiente; los cambios en la forma de producción y en el tipo de bienes y servicios que se ofrecen –cambio tecnológico- y el incremento de las ganancias de los proveedores. La inflación tiene diversas consecuencias sobre el sistema de salud. En la medida en que la recuperación de los ingresos personales es más lenta que el incremento de los precios, la población sufre mayores limitaciones en su acceso a los servicios. Por su parte, las agencias públicas, en situación de crisis, enfrentan mayores dificultades para ofrecer servicios, viéndose en la necesidad de incurrir en déficits, recortar la atención o reducir su calidad. Qué servicios serán recortados o deteriorados son decisiones que dependen de la presión ejercida tanto por los usuarios como por los diversos proveedores. En todo caso, es un hecho que por lo menos a mediano plazo la inflación tiende a encarecer más los bienes y servicios de salud que otro tipo de productos, perjudicando en última instancia a los consumidores.

Inseguridad

La seguridad humana es un concepto integrador de las diversas vertientes de la moderna política social. En torno a él se agrupan las seguridades nacional, pública, alimentaria y social, todas ellas de la mayor trascendencia en México. Es responsabilidad de los servicios de salud coadyuvar a la seguridad social protegiendo al individuo, la familia, las empresas y las instituciones de los estragos emocionales, económicos y organizacionales que se derivan de la enfermedad, la discapacidad y la muerte. Por ejemplo, esta inseguridad puede ser resultado de una insatisfacción, es decir, la desconfianza en los servicios conduce a su abandono o rechazo. Es un hecho que los usuarios insatisfechos terminan optando por servicios mucho más costosos o de menor calidad técnica, o incluso, de no haber más remedio, por el sufrimiento de la enfermedad y una menor calidad de vida. La inseguridad también se origina por la ineficiencia de los proveedores y de las medidas para disminuir las barreras al acceso. Por otra parte, la falta de recursos suficientes -agravada también por la inflación- produce también inseguridad, no sólo al privar de servicios necesarios a ciertos segmentos de la población sino también al exacerbar la inequidad, la insatisfacción y la ineficiencia. A pesar del crecimiento de la cobertura en las instituciones de seguridad social, quedan amplios grupos sin una adecuada protección contra altos gastos por enfermedad, mientras que las instituciones no logran su potencial para crear un clima de tranquilidad y estabilidad para el desarrollo en salud de la población mexicana.²⁶

Así, se describe que los actuales esquemas de organización y financiamiento dificultan que los servicios de salud realicen su potencial de progreso social y económico. La reforma se refiere a la extracción de elementos nocivos de la sociedad, o a la deliberada evolución del sistema social hacia un mejor estadio de su ser.

La reforma en salud se ha definido en términos de su alcance dentro del sistema de salud y a nivel intersectorial. Una reforma *integral* sería aquella que propone el mejoramiento de la eficiencia, la equidad y la calidad, que se realiza sobre la base de un amplio diagnóstico y que propone estrategias para reestructurar el sistema como un todo y prepararlo para resolver efectivamente las necesidades preexistentes y las futuras. Las reformas implican cambios y repercusiones en las políticas intersectoriales y en los cuatro niveles del sistema de salud: el sistémico, el programático, el organizacional y el instrumental (Frenk, 1995).

²⁶ FUNSALUD, 1995. op. cit

El nivel *sistémico* tiene que ver con la estructura de los arreglos institucionales (reglas) para la atención a la salud. Aquí se pueden definir las funciones, los derechos y las responsabilidades de los principales agentes que integran el sistema de salud. También se decide la selección del criterio para regular el acceso de la población a los servicios, el papel del Estado, el número y tipo de las dependencias públicas involucradas en la atención a la salud, la distribución de responsabilidades entre los distintos niveles de gobierno, la mezcla de funciones entre el sector público y privado, el grado y las formas de participación social, la cooperación con otros sectores que afectan a la salud y la relación con las organizaciones generadoras de recursos.

Una vez establecido el primer nivel, pasamos a definir el nivel *programático* de las políticas de salud. Su propósito principal es lograr la eficiencia en la asignación de recursos, es decir, la medida en que los recursos disponibles son dirigidos hacia las áreas o intervenciones que producen las mayores ganancias en salud. Por lo tanto, en este nivel se deciden las prioridades de atención según los criterios específicos como el costo y la efectividad, por ejemplo, las políticas de vacunación preventiva.

El siguiente nivel es el *organizacional*, el cual debe ocuparse de los procesos que ocurren al interior de las instituciones prestadoras de servicios para asegurar la eficiencia técnica y la calidad.

Finalmente, y cruzando los tres niveles anteriores aparece un conjunto de políticas *instrumentales*, cuyo propósito es generar la inteligencia institucional requerida para un mejor desempeño del sistema. Esta inteligencia se ve reflejada en los sistemas de información, en la investigación científica, en la innovación tecnológica y en el desarrollo de recursos humanos.²⁷

La ventaja de dividir las políticas de reforma del sistema de salud en los cuatro niveles que se proponen es que "previene la adopción de un todo o nada respecto de los esfuerzos de la reforma". En caso de que hubiera resistencia política o económica para generar cambios en uno de los niveles, sería posible avanzar en los otros., ello permitiría imprimir un sentido de flexibilidad y gradualismo de la reforma.²⁸ En el siguiente cuadro se resumen los propósitos principales de cada nivel, así como las decisiones que deben tomarse en cada uno de ellos:

²⁷ Frenk, 1995 op. cit

²⁸ FUNSALUD, 1995. op. cit.

Reforma del sistema de salud: niveles de políticas

| NIVELES DE LA POLÍTICAS | PROPÓSITOS PRINCIPALES | DECISIONES |
|-------------------------|---|--|
| * Sistémico | Equidad, calidad y eficiencia | Bases para el acceso de la población Arreglos institucionales Niveles de gobierno Mezcla público/privada Generadores de recursos |
| * Programático | Eficiencia en la asignación | Definición de prioridades Costo-efectividad |
| * Organizacional | Eficiencia técnica y calidad | Diseño organizacional (incluyendo incentivos) Desarrollo organizacional Desempeño organizacional |
| * Instrumental | Inteligencia institucional para mejorar la capacidad de respuesta | Sistemas de información Investigación científica Innovación tecnológica Desarrollo de recursos humanos |

Fuente: Fundación mexicana para la salud (Funsalud), México 1995

Cabe señalar, que los cuatro niveles de políticas se encuentran íntimamente relacionados, de tal suerte que una estrategia integral de reforma debe incluirlos a todos. De hecho, la siguiente figura, propone que los cambios parciales en cada nivel son muy distintos a una reforma cabal. Así, cuando sólo se transforma el nivel sistémico, se puede hablar de una reestructuración o rediseño. De manera similar, los esfuerzos para alterar las prioridades substantivas del sistema de salud constituyen una reorientación o reprogramación. Un país puede emprender una reorganización cuando restringe sus esfuerzos de cambio al mejoramiento de la calidad y la eficiencia de la producción de servicios. Se puede hablar de reforzamiento cuando el foco de cambio es el nivel instrumental. El mensaje, en suma, es claro; cualquiera de estos cuatro tipos de cambios puede significar, por sí mismo, un progreso valioso, pero una reforma integral debería abarcar todos los niveles de políticas anteriormente mencionados.²⁹

²⁹ FUNSALUD, 1995 op. cit

Cambio en los sistemas de salud

| Nivel de las políticas | Tipo de cambio |
|------------------------|------------------------------|
| Sistémico | Reestructuración o diseño |
| Programático | Reorientación o programación |
| Organizacional | Reorganización |
| Instrumental | Reforzamiento |

⇒ *REFORMA*

Fuente: Funsalud, op. Cit.

Aún así, la complejidad de la incidencia significativa de enfermedades infecciosas comunes, la desnutrición y los problemas relacionados con la insuficiente atención a la salud maternal e infantil son problemas de salud característicos y comunes en nuestro país., es por ello que las reformas a la Ley General de Salud buscan elevar los niveles de bienestar de la población. Algunos de los principales beneficios son:

- Ampliar la seguridad jurídica de las empresas con un menor número de trámites.
- Promover la autorregulación y la corresponsabilidad de los particulares.
- Simplificar los procedimientos para mantener esquemas ágiles de atención al público, reducción de los requisitos para acortar tiempo de gestión. Evitar rezagos y eliminar obstáculos burocráticos, lo cual permitirá hacer más sencilla y efectiva la relación de la autoridad con los particulares.
- Reforzar la regulación de los aspectos sanitarios y eliminar los comerciales.
- Las medidas no descuidan la protección a la población, por el contrario, se concentran en protegerla, particularmente en actividades que impliquen efectivamente mayores riesgos para la salud.

Por lo que se refiere a los productos farmacéuticos fuera de patente, que pueden ser comercializados por agentes diferentes a sus distribuidores bajo el nombre de su principio activo, la Secretaría de Salud ha puesto especial atención en cuanto a su producción, comercialización y consumo, tomando en cuenta que representa aproximadamente el 20 por ciento del mercado mundial y cuya tendencia va en aumento.

La regulación deberá procurar que los distintos agentes del mercado cuenten con información de calidad y los consumidores estén en posibilidad de elegir, con elementos suficientes, entre productos

bioequivalentes. Asimismo, debe ser conveniente incluir en el reglamento disposiciones que incidan en las formas de prescripción y suministro de medicamentos, para propiciar el desarrollo de un mercado de productos genéricos con los controles necesarios que garanticen su seguridad y eficiencia.³⁰

De esta forma, el Estado como responsable y rector del desarrollo nacional, tiene la obligación de aplicar por la vía del derecho, los planes y políticas requeridos para mejorar los niveles de salud del pueblo mexicano. México cuenta a la fecha con un avanzado sistema de seguridad social que se ha constituido en uno de los pilares fundamentales de la política social y es, sin duda, uno de los elementos distintivos de la sociedad mexicana contemporánea.

³⁰ Ley General de Salud, 1998. op. cit.

3.

ASPECTOS DE SALUD EN LA SEGURIDAD SOCIAL

La salud y las políticas de salud están sujetas a consideraciones de justicia... Las instituciones de salud y sus prácticas vitales para el bienestar de la población, no pueden escapar a una evaluación desde la perspectiva de la justicia.

E. Sheff

La política social debe dar acceso a la población niveles superiores de bienestar, al asegurar a los trabajadores un conjunto de prestaciones que coadyuven a complementar sus ingresos salariales y posibiliten un desarrollo individual y familiar más pleno. Las instituciones de seguridad social intentan proporcionar con mayor calidad, oportunidad y eficiencia los servicios y prestaciones previstos por la ley. De esta forma, se continúa fortaleciendo la atención sistemática de los servicios de salud, el acceso a servicios médicos especializados, la protección contra riesgos laborales y no laborales, un sistema de pensiones para el retiro, el funcionamiento de guarderías en apoyo a las madres trabajadoras y la ayuda a la economía de los derechohabientes mediante el abasto de productos básicos en el sistema de tiendas comerciales, así como salvaguardar los intereses particulares de la población derechohabiente.¹

La Constitución establece a la seguridad social como un pilar fundamental del compromiso del Estado con los trabajadores, compromiso que es resultado de la lucha social que sirvió de germen a la propia constitución. En su artículo 123, se destaca la utilidad pública de la Ley del Seguro Social y define los servicios que tiene a su cargo, los cuales son: servicios de salud a las familias, cuidado y educación a hijos de trabajadores, ahorro para el retiro por edad o incapacidad, seguridad laboral, subsidio a la maternidad, compensaciones a los incapacitados y apoyo a actividades sociales para el mejoramiento del nivel de vida.²

El actual sistema de salud tiene ya más de cincuenta años. Su fundación data de 1943, cuando se crearon la entonces Secretaría de salubridad y asistencia, el Instituto mexicano del seguro social y el Hospital infantil de México, primer instituto nacional de salud. Durante este tiempo se han logrado avances importantes en el descenso de la mortalidad, la ampliación de la cobertura, la formación de recursos humanos competentes y la investigación científica.³

En este sentido, los servicios públicos de salud son uno de los elementos más importantes para

¹ Informe de ejecución del PND, 1996

² Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Poder ejecutivo federal, México, 1996

³ FUNSALUD, 1995. op. cit.

el bienestar de la población de escasos recursos y, por ésta razón, de los más apreciados. El concepto de salud se relaciona inevitablemente con la práctica de la medicina, sin embargo, como concepto cotidiano parece fácil de entender. A un nivel de análisis más profundo, su significado puede resultar ambiguo y difícil de definir. La idea de salud es vista a menudo como la ausencia de enfermedad; la ausencia de dolor, molestia o malestar, como buena condición física o alta capacidad de movimiento, bienestar mental y físico; o como la capacidad de desarrollar plenamente nuestras actividades.

Desde el punto de vista de las ciencias sociales, la salud y la enfermedad son simplemente juicios sobre fenómenos físicos y sociales. Por lo que respecta a la salud y la enfermedad, éstos se construyen de acuerdo con las normas y perspectivas específicas del entorno social. Por ejemplo, los administradores de los sistemas de seguridad social actúan de acuerdo a determinadas reglas sociales de la comunidad científica. Cada uno de éstos grupos de personas opinan desde diferentes juicios de valor el estado de salud de un individuo y este juicio depende de sus percepciones, creencias, intereses y obligaciones (Garrocho, 1995).

El sistema de salud reviste una importancia creciente en la economía mexicana, al igual que en la economía de otros países, ya sea desarrollados o en vías de desarrollo. Por un lado, ocupa un porcentaje cada vez más importante del PIB, tanto de gasto público como del privado y, por otro, el gasto en salud se reconoce como una inversión en capital humano, de modo que se ha cobrado conciencia de que las personas saludables y mejor preparadas son indispensables para alcanzar un mayor desarrollo individual y comunitario y, en consecuencia, para lograr un mayor desenvolvimiento económico.⁴

México, al igual que muchos países del mundo, está en un proceso de formulación e instrumentación de reformas al sistema de salud que responden a la necesidad de mejorar aspectos de eficiencia, calidad, cobertura y equidad. Tres elementos centrales caracterizan esta política:

- Las acciones encaminadas a proporcionar capacitación básica.
- La generación de un Estado de derecho y,
- El desarrollo de mercados competitivos.⁵

La salud se integra a la política social en la medida en que, junto con la educación básica y la vivienda, conforma uno de los elementos sustantivos de la capacitación básica que todo individuo debe adquirir para participar equitativamente en la sociedad. La meta final de una política social, es lograr que las desigualdades no sean sino resultado de la elección libre de los individuos y no de los desequilibrios

⁴ FUNSALUD, 1995, op cit

⁵ Garrocho, Carlos, *Análisis socio-espacial de los servicios de salud*, El colegio mexiquense, México, 1995

que obstaculizan de antemano el acceso a los satisfactores básicos, como la salud, impidiéndoles participar activamente con toda la comunidad. La seguridad social se justifica como una estrategia de grupos sociales y del Estado para garantizar al trabajador mexicano y a su familia una base económica integral para su desarrollo. Esta alianza social contiene cinco principios estratégicos y cada uno de ellos es congruente en definir derechos y obligaciones, beneficios y costos, ya que la seguridad del sistema es real sólo si tienen fundamentos económicos sólidos. Estos cinco principios son:

1. Garantizar un nivel de vida digno de los trabajadores después de que se retiren de sus ocupaciones laborales, al establecer obligaciones de todos los trabajadores y empleadores de contribuir al ahorro que respalda este objetivo y, del Instituto el garantizar las reservas necesarias y el consecuente pago de las pensiones.
2. Proveer al trabajador de una red de protección integral a la salud y para gastos médicos, distribuyendo estos riesgos solidariamente en todo el aparato productivo.
3. Garantizar condiciones mínimas de salud para los niños, al impedir que deficiencias en su salud se conviertan en desventajas permanentes para su familia y para ellos. Propiciar un mejor desempeño de las mujeres en su hogar para aumentar el bienestar familiar general.
4. Facilitar el desempeño de las mujeres en el mercado de trabajo para lograr condiciones objetivas de igualdad de oportunidades y;
5. Fomentar la seguridad e higiene en el trabajo y en la vida en general.⁶

Actualmente, los objetivos del Plan nacional de desarrollo 1995-2000 en materia de política social (que a continuación se enlistan) reflejan su relevancia en términos de la aportación que hará la seguridad social:

- Para avanzar en el desarrollo social, se debe proveer a las familias de servicios de salud, favoreciendo la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo y garantizando a los niños un arranque saludable en su vida, y a su vez, dotar a los jubilados y a sus familias de medios para un retiro vigoroso.
- Para contribuir al crecimiento económico, proveer de instrumentos efectivos de ahorro que reduzcan la dependencia del financiamiento externo y favorezcan la competencia y atractividad del ahorro financiero para los trabajadores y;

⁶ Lineamientos estratégicos para el IMSS 1996-2000

- Para construir el desarrollo democrático, promover que la identificación de los mexicanos se haga sobre bases objetivas de bienestar social.⁷

En materia de salud, se plantea impulsar una reforma al sistema nacional de salud para mejorar la calidad de los servicios, mediante la reestructuración de sus instituciones, el incremento de la cobertura de los servicios de salud y coordinar e impulsar su federalización. Calidad y cobertura son los dos grandes *objetivos*, y reestructuración de las instituciones, coordinación de éstas y federalización, sumados a la participación social de la ciudadanía son los *instrumentos*.⁸

Teniendo como marco la reciente reforma de la seguridad social en México, se pueden definir tres grandes líneas de acción que engloban a los programas prioritarios y que se definieron con las estrategias de mediano plazo, éstas son:⁹

a) Eficiencia operativa y mejora en la calidad de los servicios

- Calidad en la atención
- Unidad de medicina familiar de excelencia
- Productividad hospitalaria
- Racionalidad y fortalecimiento del sistema de referencia y contrarreferencia
- Promoción de la salud, medicina preventiva, salud reproductiva y materno infantil, salud en el trabajo
- Planificación familiar
- Eficiente administración del personal
- Equipamiento
- Contención de costos y compromisos de déficit-superávit
- Prescripción razonada, racionalidad en el consumo y eficacia en el suministro

b) Compromisos derivados de la nueva Ley del Seguro Social

- Conocimiento y difusión de la nueva Ley
- Financiamiento de los ramos de aseguramiento
- Elaboración de reglamentos para la nueva Ley
- Coordinación de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR)
- Establecimiento de la cuenta individual única
- Constitución de la "AFORE-IMSS"
- Emisión y fiscalización

⁷ PND, 1995-2000 op. cit.

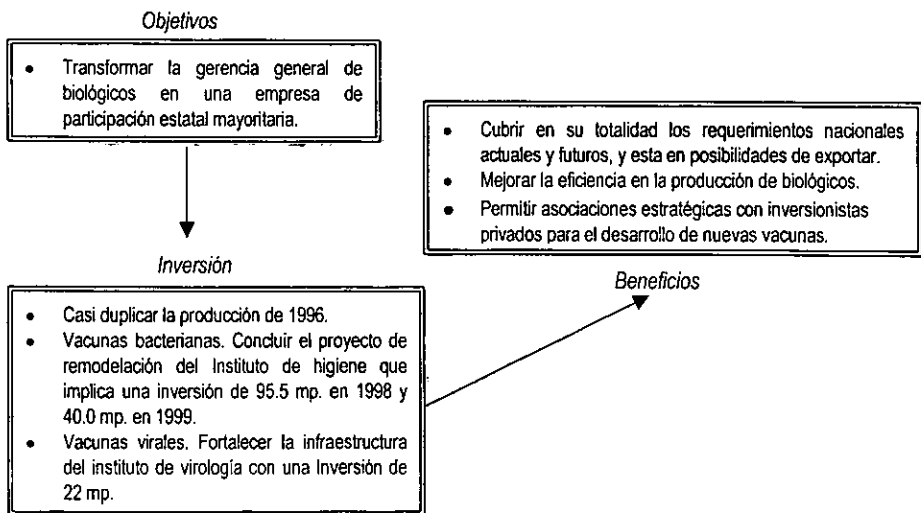
⁸ PND, 1995-2000 op. cit.

⁹ Principales líneas de trabajo de la Secretaría de salud, 1998

c) *Modernización institucional*

- Planeación estratégica y administración por procesos
- Autonomía de gestión, regionalización y desconcentración
- Modernización de procesos de afiliación y cobranza
- Modernización de sistemas
- Nueva red de telecomunicaciones
- Medicina de familia
- Nuevo sistema de abasto total

Podemos citar, como ejemplo de esta reforma, el caso de la Modernización de la gerencia general de biológicos y reactivos. En relación con la siguiente figura, ésta se refiere a la necesidad de modificar el marco jurídico de la desregulación sanitaria, en el sentido de poder ampliar las atribuciones del Consejo de salubridad general en materia de precursores químicos, con fundamento en la nueva legislación. Asimismo, se buscará fortalecer la coordinación sectorial con la SRE, SECOFI y PGR para el cabal cumplimiento de la nueva ley, actualizando los reglamentos de bienes y servicios, salud ambiental y de control sanitario de la publicidad. Este nuevo desarrollo del modelo de vigilancia sanitaria implicaría, por supuesto, el fomento de la autorregulación, disminución de la discrecionalidad y propiciaría la corresponsabilidad social mutua.



Los servicios de salud

En cada formación económico-social se generan una o varias instituciones cuyo fin es proporcionar servicios de salud que enfrenten, en mayor o menor medida, las necesidades de salud de una población determinada. El primero de ellos es el que se refiere a su objeto de intervención. Así, se distinguen dos grandes tipos:

- Los servicios de salud personales, que suponen la atención individual con fines preventivos, curativos o rehabilitatorios, y
- Los servicios de salud no personales, consistentes en acciones de alcance colectivo destinadas a mejorar las condiciones generales de salud y de vida (dotaciones de agua potable, alcantarillado, lucha contra la contaminación, higiene del trabajo, etc.).¹⁰

La simple atención médica de los enfermos no llena los requerimientos de un programa que busque la protección efectiva de los trabajadores. En muchos casos, los límites entre la enfermedad y el estado de salud son imprecisos. Muchas dolencias se desarrollan callada y paulatinamente sin que el individuo perciba su invasión progresiva y deficiencias funcionales crónicas que pueden llevarse la vida entera sin que la persona se percate de su condición. La prevención de las enfermedades por medidas higiénicas en las poblaciones, los hogares y las personas, es el ideal sanitario. No es el individuo, sino la Institución, la que va en busca de las medidas que produzcan las óptimas condiciones de salud. Las condiciones de salud de la población y de los servicios proporcionados por las instituciones responsables del país presentan avances y retos muy diversos. En los últimos años se redujo la mortalidad general, materna e infantil y se presentó un ligero incremento en los años de vida al nacer.

Sin embargo, un gran segmento de población que vive en condiciones de extrema marginación sigue sin acceder a los beneficios de los servicios de salud y continúa enfrentando serios padecimientos infecciosos, perinatales y de nutrición. Para consolidar los avances y enfrentar los retos de fin de siglo, las instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) tendrán que superar rezagos y obstáculos que tienen que ver, sobre todo, con la calidad y eficiencia de los servicios, el centralismo y la cobertura insuficiente. Con este fin, el PND 1995-2000 estableció tres objetivos fundamentales para el sector salud: descentralizar los servicios de salud dirigidos a la población abierta; consolidar la modernización administrativa del sector y ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud. Con el propósito central

¹⁰ Frenk, Julio. *Los futuros de la salud*. Nexos: sociedad, ciencia y literatura, México, 1991

de ampliar la cobertura y fortalecer el federalismo en materia de salud se puso en marcha la reforma al sistema de salud, a través de siguientes medidas esenciales:

- Incrementar la equidad, eficiencia y calidad de los servicios de salud.
- Superar rezagos y hacer frente a los problemas emergentes de salud.
- Establecer las bases para la integración de un sistema de salud definido por funciones, y no por grupos sociales.
- Mejorar el aprovechamiento de los recursos destinados a la salud; y
- Garantizar un paquete mínimo de servicios, para que a través de estrategias locales y regionales toda la población tenga acceso a una atención básica.¹¹

Como estrategia de este cambio, se busca fortalecer los sistemas estatales de salud, disminuir las brechas regionales y estatales de atención, y fomentar una mayor participación social en el autocuidado de salud. En este sentido, la estrategia para la descentralización de la Ssa. comprende dos líneas complementarias: la descentralización de los recursos operativos y la descentralización de las actividades sustantivas.

La descentralización de los recursos operativos se apoya en la transferencia a las entidades federativas de los recursos humanos, materiales y financieros. El propósito es que éstos lleguen a los estados y se apliquen de acuerdo con sus prioridades. Por su parte, la descentralización de las actividades sustantivas implica la transferencia de los servicios de salud, epidemiológica y la regulación sanitaria. La Ssa. definió la mayor parte de las acciones y funciones que habrán de descentralizarse, y las que seguirán bajo la responsabilidad de las áreas centrales, quedando pendiente la definición de los programas prioritarios que serán transferidos a los estados.

Las reformas a la Secretaría de salud y a sus servicios de atención a la salud están actualmente desarrollándose paralelamente con las reformas al IMSS. El enfoque de estas reformas consiste en incrementar la eficiencia al tiempo que se hacen cambios para desplazar el sistema hacia el modelo de largo plazo de la organización nacional de atención a la salud. Ya se habían hecho algunos intentos para descentralizar los servicios públicos de salud en el periodo 1983-1987, con 14 estados que recibieron la responsabilidad de proporcionar servicios de salud a los no asegurados (hasta entonces bajo control de la Ssa), incluso en las zonas rurales previamente beneficiadas por el programa IMSS-COPLAMAR,

¹¹ Informe de ejecución del PND, 1996

institución que siguió operando como IMSS-Solidaridad en los estados no descentralizados.¹²

Este proceso consistió esencialmente en una descentralización administrativa, pero los estados permanecían sujetos a controles formales (regulatorios y presupuestarios) e informales con una asignación presupuestaria discrecional y programas decididos a escala nacional. La comparación de los resultados en términos de calidad de los servicios y el acceso de los segmentos más pobres de la población en los estados descentralizados con los de los otros estados durante el periodo 1985-1995, sugiere que el principal determinante de los avances durante el periodo fue la situación relativa de los estados al ejercicio de la descentralización, más que la descentralización por sí misma: los estados con mejores resultados fueron aquellos con una mayor capacidad administrativa y más recursos económicos, lo que les permitió asumir mayores responsabilidades financieras (con cargo a sus ingresos propios) y aprovechar las nuevas oportunidades ofrecidas.¹³

En 1995, se estableció el Consejo nacional de salud para reunir a las autoridades de salud de los gobiernos federal y estatales con el fin de asegurar la coordinación en el SNS. Este consejo propondría acciones concertadas, la normalización de los procedimientos de evaluación y el desarrollo de la cooperación técnica entre los estados. Después de la firma de un acuerdo nacional entre el gobierno federal y los gobiernos estatales en 1996, cada Estado elaboró un modelo específico de reforma que proporciona un diagnóstico de la situación existente, define objetivos y hace propuestas específicas. Para octubre de 1997, se habían firmado 31 acuerdos con la Ssa, el Distrito Federal y todos los estados participantes en el proyecto.¹⁴

La estrategia del gobierno, dio prioridad a la extensión de la cobertura de atención a la salud básica, que deberá alcanzarse mediante etapas sucesivas. La instrumentación de la primera etapa ya está en marcha con la introducción inmediata de un programa específico (Programa de Ampliación de la Cobertura, PAC), para proporcionar un paquete de servicios básicos de salud a cerca de 10 millones de personas identificadas por no tener un acceso regular a dichos servicios, en particular 8 millones de personas localizadas en las zonas más pobres y poco pobladas en estados como Chiapas, Guerrero y Oaxaca principalmente.¹⁵

El paquete —que es distinto de los programas de atención a la salud básica que los estados descentralizados tiene que aportar a la población no asegurada— incluye 12 servicios básicos de salud,

¹² Informe de la Secretaría de Salud, 1995

¹³ Para una evaluación de la primera descentralización, así como ejemplos de innovaciones interesantes introducidas por algunos estados, ver Cardoso Brum (1993, 1996)

¹⁴ Cardoso, 1993 op. cit.

¹⁵ Informe de gobierno, 1997

seleccionados por su relación costo-beneficio y dirigidos a grupos en pobreza extrema que previamente tenían poco o ningún acceso a servicios de salud. Este paquete es financiado con transferencias federales etiquetadas a los estados, quienes son responsables de hacer funcionar el programa, aún cuando la reforma en marcha da un cierto margen de flexibilidad en la aplicación del paquete, de acuerdo con las necesidades específicas de cada Estado.

Casi 4 millones de personas fueron cubiertas por el programa en 1996; para septiembre de 1997, el número de beneficiarios aumentó a 6 millones (Informe de gobierno, 1997); y se espera que casi 8 millones de personas sea cubiertas para el año 2000. La población restante, localizada en zonas más densamente pobladas, será cubierta en paralelo a través de la descentralización de los servicios públicos de salud. Al evitar la duplicación, utilizar los fondos de tal manera que respondan mejor a las necesidades locales, y mejorar la relación costo-beneficio de la prestación de servicios, se espera que los estados descentralizados sean capaces de satisfacer las necesidades básicas de la población no asegurada en las zonas rurales menos remotas y en las zonas urbanas.¹⁶

En la siguiente figura, observamos algunos de los cambios propuestos al sistema de salud en materia de financiamiento y prestación de los servicios a grupos o segmentos de la población claramente identificados:

Cambios propuestos al sistema de salud en México, 1995-1997

| SEGMENTO DE LA POBLACION | F U N C I O N | |
|--------------------------|--|--|
| | FINANCIAMIENTO | PRESTACION |
| ASEGURADOS | <ul style="list-style-type: none"> ° Contribución mixta, con cuota única e impuesto a la nómina ° Creciente financiamiento por impuestos generales ° Revisión de cuotas ° Cambio de la prima para riesgos de trabajo | <ul style="list-style-type: none"> ° Libre elección del médico de familia ° Potencial responsabilidad de empresa por la prestación ° Cobertura a todos los asegurados |
| NO ASEGURADOS | <ul style="list-style-type: none"> ° Seguro de salud para la familia subsidiado ° Descentralización del gasto público | <ul style="list-style-type: none"> ° Paquete básico de servicios de salud ° Descentralización operativa ° Fusión de Ssa-IMSS en los estados |

Fuente: FUNSALUD, 1995.

¹⁶ Gobierno federal, Informe de ejecución del PND 1995-2000, 1997

La reforma financiera del componente de salud del IMSS –con las nuevas modalidades de afiliación voluntaria- es también un elemento importante de la estrategia para extender la cobertura de los servicios de salud, dado que busca la afiliación al sistema de seguridad social de las personas fuera (o en la frontera) del sector económico formal, que tengan una capacidad, aunque sea modesta, de pago. La expansión de la cobertura del IMSS es, en si misma, deseable para mejorar la equidad del sistema de salud; pero también es considerada conveniente para alcanzar una mejor asignación de los recursos del IMSS, con un cambio hacia intervenciones con una mejor relación costo-beneficio, ya que creará las condiciones para proporcionar, de una manera permanente, atención preventiva a las familias, lo que no es posible actualmente ya que los trabajadores del sector informal sólo se afilian al IMSS cuando tienen necesidad de un tratamiento curativo para enfermedades graves.¹⁷

De acuerdo con las proyecciones oficiales, el número de afiliados podría crecer en 3 ó 4 por ciento al año, es decir, de 1.5 a 2 puntos porcentuales por encima del crecimiento de la fuerza laboral; como consecuencia, la cobertura de la fuerza laboral por parte del IMSS podría ser superior al 40 por ciento de la población en un periodo de diez años (6 a 8 puntos porcentuales más que en el presente). La cobertura legal de los prestadores de servicios de salud refleja una concentración de los seguros sociales que abarca el 51% de la población (Ssa, 1996). En contraste, según datos de la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA), 30.5% de la población está asegurada en el IMSS, frente a 7% en el ISSSTE (Ssa, 1994). En 1995, el IMSS reportó una cobertura del 35% de la población ocupada total, de la cual 50% vive en zonas más urbanizadas y 18% en las zonas menos urbanizadas. Entre la población asalariada, la cobertura llega a 63%. Esto corresponde a 37 millones de derechohabientes, incluyendo los cotizantes y sus familiares (IMSS, 1995). El siguiente cuadro, nos ilustra la cobertura de la población mexicana según cada institución:

Cobertura legal de la población mexicana según institución, 1995

| Cobertura | Total (miles) | % |
|------------------|------------------|-------|
| Seguros sociales | 47,000 | 51.6 |
| Ssa. | 25,000 | 27.5 |
| IMSS-Solidaridad | 9,000 | 9.9 |
| Descubierta | 10,000 | 11.0 |
| Total | 91,000 | 100.0 |

Fuente: Ssa. Programa de reformas al sector salud, 1995-2000

¹⁷ Gobierno federal, *ibidem*.

En 1995, la población sin acceso a servicios fijos de salud sumaba 11% del total nacional, es decir, cerca de 10 millones (Ssa, 1996). Sin embargo, se utilizaban como criterios la capacidad de atención a los servicios y el porcentaje de población necesitada de ellos, la falta de cobertura llega a ascender a 21%. De hecho, como se verá más adelante, si se consideran también las barreras económicas, geográficas y organizacionales, la población que no logra acceder a servicios de salud para resolver diversas necesidades llega a representar un tercio del total, es por ello que la Ssa. está implementando un programa de ampliación de servicios básicos de salud por medio de las llamadas estrategias ambulatorias de cobertura.¹⁸ Por ejemplo, en los siguientes cuadros, podemos observar la extensión de la cobertura de los servicios de salud a través de los programas de ampliación de la cobertura (PAC), Progres a y del programa de apoyo a zona indígenas (PAZI), propuestos por la Ssa.

Extensión de la cobertura de los servicios

| Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) | | Programa de Educación Salud y Alimentación (Progres a), 1998 | | |
|--|-----------|---|----------------------|-----------|
| | 1996 | 1998 | | |
| * Estados | 11 | 18 | Estados | 28 |
| * Municipios | 380 | 600 | Municipios | 1,423 |
| * Población (individuos) | 3,900,000 | 6,500,000 | Población (familias) | 1,900,000 |
| * Presupuesto (mp) | 219 | 689 | Presupuesto (mp) | 923 |

Programa de Apoyo a Zonas Indígenas, 1998. (PAZI)

- * Complementa al PAC y al Progres a en los 303 municipios > al 70 por ciento de la población indígena.
- * Concluir hospitales en Guadalupe y Calvo (Chih.) y María Lombardo (Oaxaca)
- * Gasto de operación: 50 mp.

Fuente: Programa de salud, 1998. Secretaría de Salud.

¹⁸ Knaul Felicia; González Block y Frenk Julio, *La seguridad social en salud: perspectivas para la reforma en México* (horrador), CIDE, México, 1997

Líneas de acción del Progres a en materia de salud

SALUD: Mejorar el desarrollo humano y fomentar una cultura preventiva



- Asegurar la Oferta de Servicios de salud y su calidad mediante equipamiento, capacitación e incentivos al personal de salud.
- Proporcionar de manera gratuita un paquete básico de servicios de salud.
- Prevenir la desnutrición de los niños desde la etapa de gestación, otorgando para ello un suplemento alimenticio.
- Fomentar y mejorar el autocuidado de la salud entre familias y comunidades a través de acciones específicas de educación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene.

Apoyo en salud



Estrategias del Paquete Básico de Servicios de Salud:

- Saneamiento básico a nivel familiar
- Planificación familiar
- Atención prenatal, del parto y puerperio
- Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil
- Inmunizaciones
- Manejo de casos de diarrea en el hogar
- Tratamiento antiparasitario a las familias
- Manejo de infecciones respiratorias agudas
- Prevención y control de la tuberculosis
- Prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus
- Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones
- Capacitación comunitaria para el autocuidado a la salud

Fuente: Elaborado por el autor con base en PROGRESA, 1998

Extensión de la cobertura mediante la participación municipal y comunitaria

Municipios participantes acumulados por cada año

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998* |
|------------------------------|------|------|------|-------|
| PROGRAMA MUNICIPIO SALUDABLE | 110 | 606 | 884 | 950 |

Comités de salud activos acumulados por cada año

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998* |
|----------------------------------|-------|--------|--------|---------|
| ORGANIZACIÓN DE COMITES DE SALUD | 8,817 | 19,500 | 20,111 | 20,500* |

* Programado

Fuente: Secretaría de Salud, México Salud 2000

El Estado en los servicios de salud

En años recientes el papel del Estado se ha transformado: de un Estado propietario y de fuerte participación directa en la economía, a un Estado solidario, inclinado a la regulación, a propiciar una base macroeconómica sólida y a reorientar los recursos públicos para la atención de políticas sociales, particularmente de la educación, la salud, la capacitación, el adiestramiento y el combate a la pobreza.¹⁹

En México, la salud pública ha sido un componente importante de la política social seguida por el Estado. El desarrollo mexicano mucho debe al sistema público de salud que se ha institucionalizado a lo largo de más de sesenta años de evolución. El sistema comprende una gama amplia de instituciones, organismos y servicios que comprende los tres niveles de gobierno. Cubre a un porcentaje significativo de la población, suple y complementa al sistema de salud privado.

En proporción al gasto programable, el gasto social ha pasado de la tercera parte en 1980 a la mitad actualmente. Dentro del gasto social, el gasto en salud pasó de 2.6% en 1992 a 3.9% en 1996 (como proporción del PIB). El sector salud es un importante creador de empleos generados en otros sectores relacionados con la salud, como la industria farmacéutica. En México, los gastos médicos son absorbidos por los empleadores en creciente proporción, presentando para las empresas un carácter obligatorio. En la mayoría de los casos este se realiza mediante las contribuciones al IMSS, a través de la aportación al seguro de enfermedad y maternidad, el cual es de 8.75% del salario base de cotización (hasta 1992). En los casos en que la empresa es responsable directa de la atención a sus empleados

¹⁹ Moctezuma, Barragán y Narro José. *La seguridad social y el Estado moderno*, Fondo de Cultura Económica-IMSS-ISSSTE, México, 1992

(obteniendo reversión de una parte de la aportación del IMSS) se observan marcadas diferencias en el gasto en promedio en salud por usuario.²⁰

En la actualidad uno de los temas más importantes para los servicios de salud es la importancia que el Estado les otorga. La conformación de sistemas modernos de atención a la salud se ha caracterizado, en prácticamente todo el mundo, por una amplia intervención del Estado. Este proceso ha producido grandes beneficios, que se han traducido en la construcción de instituciones, la ampliación de la cobertura a los grupos más desprotegidos, el reconocimiento de la atención a la salud como un derecho social y, a fin de cuentas, la mejoría en los niveles de salud a la población.

Por ello, la reforma del Estado se ha convertido en uno de los grandes debates de nuestro tiempo, las nociones que la han inspirado resultan muy pertinentes para el campo de la salud. Es urgente trasladar este debate general a la arena de más concreta de los arreglos sociales para modular, financiar y producir los servicios de salud. Habiendo definido las funciones del Estado se debe pasar a examinar su ejecución eficiente, responsable y competitiva por parte de las organizaciones del gobierno. Los tiempos actuales han valorizado la importancia de los mercados libres y competitivos en toda actividad económica.²¹

Cuando los mercados son competitivos, el criterio para la asignación de recursos se basa en los precios. Así, los bienes y servicios pueden producirse de forma técnicamente eficiente; los productores ineficientes quiebran y los recursos escasos se asignan conforme a la más alta valuación de lo individuos. En semejante situación no se requeriría la intervención del Estado. Sin embargo, actualmente los servicios de salud se encuentran inmersos en los llamados "mercados imperfectos"; es decir, dentro de un sector de la economía que no logra un equilibrio o máximo beneficio social, a partir de la simple interacción de las fuerzas del mercado. De aquí que se requiera de la intervención de un tercer agente colectivo que garantice el bienestar social.

En las sociedades modernas, el Estado se erige como el principal agente colectivo para garantizar el bienestar social, asegurando, en el caso de la salud, el acceso equitativo a los servicios mediante el combate de las barreras que obstaculizan su utilización. No se trata de negar la contribución positiva del mercado, sino que en el sector salud la eficiencia debe ser regulada y fomentada. Aquí conviene aclarar que no se está limitando el papel de los mercados en el sector, al contrario su contribución es fundamental, sin embargo, esta participación debe realizarse en un marco específico de regulación estatal. Una participación sin límites sería atribuir las virtudes de los mercados al caso de la

²⁰ Frenk, 1995. op. cit.

²¹ PND, 1995-2000. op. cit.

salud de manera muy simplista.²²

La estrategia que posibilitaría la eficiencia en la asignación de recursos debe partir del óptimo aprovechamiento de fuentes de financiamiento, tanto públicas como privadas; de la adecuada generación de fondos para la protección tanto de la población asegurada como de la no asegurada; del desarrollo de la mezcla público/privada en la prestación y el financiamiento de los servicios de salud; y finalmente, de una adecuada movilización de los recursos. Independientemente de las barreras económicas que hacen necesaria la participación del Estado, la planeación del sector salud y la consiguiente generación de sistemas de información, adquiere una mayor relevancia debido a cuatro aspectos:²³

1. La necesidad de generar indicadores objetivos

En otros sectores la asignación de recursos depende enteramente de la valorización individual, lo que hace imposible saber si se incurre en exceso o déficit. En cambio, el sector salud constituye un bien intermedio que se consume por su impacto en el bienestar. La asignación de los recursos se fundamenta, por lo tanto, en la valorización del estado de salud de la población; es decir, en la relación a la valorización social de la asignación de los recursos para lo cual se requiere contar con indicadores objetivos. Debido a que los recursos son escasos y las demandas ilimitadas, para garantizar la óptima utilización de los recursos deben desarrollarse diferentes estrategias sustentadas en un sistema de información con indicadores objetivos. En un primer nivel se requiere de la sistematización de los datos epidemiológicos y demográficos, para contar con una medida uniforme en la evaluación del peso de la enfermedad.

Esto implica la utilización de un indicador que exprese de manera ordenada, completa y uniforme tanto la mortalidad, como la morbilidad y la discapacidad. A la fecha se cuenta con una metodología de la que se obtienen los Años de Vida Saludables (AVISA), indicador que permite evaluar la carga nacional de la enfermedad; información a partir de la que puede arrancar el establecimiento de la prioridades de acción y de investigación .

Sin embargo, la sola evaluación del peso nacional de la enfermedad no es suficiente para definir prioridades. Por ejemplo, un problema *dado* puede ser importante en cuanto su impacto sobre la salud, pero las acciones que requeriría su solución pueden ser costosas y poco efectivas. De aquí que cada uno de los problemas relevantes de salud merezcan estudios de evaluación uniforme de costo-efectividad de

²² FUNSALUD, 1995. op. cit.

²³ FUNSALUD, 1995. op. cit.

cada una de las acciones a desarrollar, para entonces estructurar en forma sistemática una estrategia de financiamiento. Los indicadores de la movilización de los recursos financieros son igualmente necesarios para sustentar la eficiencia.

2. Competencia entre programas

Desde su asignación misma al sector salud, los recursos financieros entran en competencia, debido a que las acciones entre otros sectores también impactan en la salud. Por ejemplo, si se trata de incrementar la eficiencia en la asignación de recursos para combatir los accidentes automotrices, podría evaluarse el costo-efectividad de las medidas que obligan el uso del cinturón de seguridad, contra el costo-efectividad del tratamiento hospitalario de las víctimas.

3. Planeación sobre la base de las necesidades

Los presupuestos de las unidades operativas se asignan con base en su capacidad histórica de gasto, y no en la eficiencia técnica que presenten, es decir, si una unidad operativa ejerce un presupuesto de "X" monto, para el año siguiente esperará un aumento proporcional a "X", sin considerar que pueda existir otra unidad de tamaño similar con mucho menor presupuesto. Bajo este esquema determinado por la capacidad histórica de gasto, lo que se promueve *de facto* no son el ahorro y la eficiencia (la consecuencia del ahorro es una cultura disminución del presupuesto) sino el gasto, aunque sea dispendioso. De aquí la necesidad de modificar los criterios de asignación para que partan de la productividad y eficiencia, de modo que unidades de igual tamaño, con actividades similares, obtengan presupuestos semejantes. Por otro lado, cuando lo que se está analizando es el costo-efectividad de los programas, debe evaluarse el costo y la efectividad de las alternativas.

4. Dimensión temporal

La evaluación económica de la asignación de recursos debe desarrollarse a corto, mediano y largo plazo. Una intervención puede ser poco costo-efectiva desde una perspectiva a corto plazo; sin embargo, puede resultar atractiva, e incluso estratégica, a mediano y largo plazo. Sirvan de ejemplo algunas de las actividades de promoción de la salud que implican cambios en las condiciones materiales de la vida de la población, como el saneamiento básico, que requiere de la evaluación de sus efectos a un plazo mayor que el corto.

Las actividades de prevención de enfermedades que implican cambios en la conducta de los individuos requieren lapsos de evaluación más amplios, pero, aunque los resultados tardan en manifestarse, una vez logrados son de gran impacto. Por lo tanto, podemos ejemplificar claramente la

participación del Estado en materia de salud de la siguiente manera:

- El mayor proveedor de atención a la salud es el sistema público de salud (llamado también Sistema Nacional de Salud), el cual se divide en un segmento de seguridad social y los servicios de la Secretaría de salud (Ssa), quienes desempeñan básicamente una función de asistencia pública.
- Los trabajadores en el sector formal de la economía deben estar afiliados a alguna de las diferentes instituciones de seguridad social: IMSS (esquema general para los empleados o autoempleados en el economía formal), ISSSTE (para los trabajadores del Estado), PEMEX para sus empleados, y dos instituciones para las fuerzas armadas (SEDENA para los miembros del ejército y la fuerza aérea, MARINA para las fuerzas navales); estas instituciones proporcionan en conjunto una cobertura a 48 millones de personas en total (estimaciones de la Ssa para 1997).²⁴ Los autoempleados y trabajadores de la economía informal tienen la opción de afiliarse al IMSS si lo desean, pero en la práctica la afiliación voluntaria es baja.
- La población no asegurada (o "población abierta"), constituye un grupo heterogéneo formado por habitantes de zonas rurales y de algunas zonas urbanas marginadas, tiene acceso a los servicios públicos de salud proporcionados por la Ssa, ya que sea de esta manera o a través de los servicios de salud estatales, y por el Departamento del Distrito Federal (DDF) en la ciudad de México. Este grupo comprende aproximadamente 34 millones de personas.²⁵

Existe además un pequeño sector privado que proporciona servicios de calidad diversas a personas de todos los niveles de ingreso. En un extremo del espectro, la población con los niveles de ingreso más alto es quien más utiliza los servicios privados, a veces financiados a través de planes de compañías aseguradoras privadas, pero estos planes, aun cuando se están expandiendo, tienen aún una pequeña cobertura, estimada oficialmente en aproximadamente 3.6 millones de personas en 1996, equivalente a menos del 5 por ciento de la población.²⁶

Por otro lado, el caso en el que los pobres y los muy pobres, y cada vez más quienes tienen un

²⁴ Además del seguro de salud y maternidad, las instituciones de la seguridad social proporcionan otros beneficios y servicios (pensiones, cobertura por riesgo ocupacional, centros de atención infantil, centros de vacunación, etc.).

²⁵ La cifra se refiere a las personas que en efecto utilizan los servicios, el número de usuarios potenciales sería significativamente mayor. Se incluye también a las personas que acuden a los servicios proporcionados por el Instituto Nacional Indigenista (INI) en la comunidades indígenas y el Programa de Desarrollo Integral de la Familia (DIF) para grupos vulnerables. Los autoempleados y trabajadores no asegurados del sector informal, aunque no tienen derecho a utilizar servicios públicos de atención a la salud, no son incluidos aquí si tienen capacidad de pago y utilizan servicios de atención privados.

²⁶ Según la Encuesta Nacional de Salud de 1994, la mitad de las personas que tienen un seguro de salud de una compañía privada también tienen cobertura del IMSS. En algunos casos el seguro privado es ofrecido por los patrones como un complemento al seguro del IMSS; en un número más limitado de casos, por ejemplo en el sector bancario, se ha autorizado a las empresas a optar por salirse del esquema del IMSS, recuperando por parte de su contribución al IMSS (reversión de cuota).

nivel medio de ingreso, también utilizan los servicios médicos privados, que generalmente pagan de su propio bolsillo. Es difícil medir con precisión el uso de los servicios de salud privados, pero puede ascender hasta 33 por ciento de las consultas médicas de los grupos de menores ingresos (Ssa, 1994).

La importancia del papel que jugará el Estado en los próximos años aumentará considerablemente. Una serie de factores apunta, por una parte, a un incremento sustancial en la demanda de servicios médicos y, por otra, a un incremento en los costos de la atención médica. Las diferencias entre las categorías necesidad de salud, demanda de atención médica y utilización de servicios, responden a la diversidad en los procesos que median la transformación de una necesidad en demanda de atención efectiva. En primer lugar, la necesidad de salud expresa un estadio anómalo en el proceso salud-enfermedad; situación que puede desencadenar distintos procesos que obstruyan la transformación de la necesidad en demanda expresada. La índole específica de estos obstáculos depende de los valores de la sociedad y del problema en particular.

De aquí que una necesidad definida normativamente pueda percibirse o no como un problema de salud, ya sea por razones culturales o porque no manifiesta los síntomas que puedan darle al paciente cuenta de su problema. Si el problema de salud no se percibe como una necesidad, difícilmente se transformará en demanda de atención. En un segundo nivel, suponiendo que el problema de salud sea percibido como necesidad, el paciente puede buscar o no buscar atención. Esta situación responde a barreras de tipo económico, geográfico, cultural u organizativo. En un tercer nivel, si el paciente busca la atención para resolver su necesidad percibida, como tal comienza a expresarse la demanda de servicios. Sin embargo, para que esta se traduzca en utilización, el usuario debe superar las barreras anteriormente expuestas.

A medida que se desarrolla un sistema de salud, se diseñan los medios para que las necesidades de salud que requieran de un cuidado especial se transformen en demandas efectivas, lo que da lugar a un paulatino aumento de las demandas de atención. Es necesario considerar que los factores que a continuación se detallan tendrán un impacto en la demanda, aumentando las necesidades de salud, transformando necesidades latentes en expresiones efectivas de demanda y aumentando la utilización de los servicios como resultado del avance tecnológico, y así, permitir dar respuesta a problemas aún no resueltos en la actualidad.²⁷

Transición demográfica. Esta revela el envejecimiento de una población que demandará procesos de atención con tecnología más avanzada. Por otra parte, este proceso implica una urbanización que

²⁷ FUNSALUD, 1995. op. cit.

acerque a la población a las principales concentraciones de los recursos médicos, transformando así necesidades no cubiertas en demandas efectivas. Asimismo, se debe tener en cuenta que a pesar de la reducción en la tasa de crecimiento de la población, se espera un crecimiento en términos absolutos, por lo cual se incrementarán las demandas de salud.

Transición epidemiológica. Aquí se expresa en un incremento de las enfermedades asociadas a la industrialización –de costosos tratamientos–, tales como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, los accidentes y las lesiones, considerando que los problemas de tipo infeccioso no han sido resueltos.

Transición educativa. Ella implica un incremento en la escolaridad, mismo que incluye mayores conocimientos sobre la salud y, por lo tanto, transforma de manera efectiva las necesidades sociales en demandas.

Transición política. En la que se manifiesta el derecho social a un mayor reclamo de atención a la salud, así como la exigencia de servicios accesibles y equitativos de alta calidad.

Transición económica. Que conlleva una profunda transformación en la estructura socioeconómica, misma que sienta las bases para un crecimiento sostenido y de mayor certidumbre, el cual habrá de mejorar el ingreso generando así un incremento en la demanda de atención médica y una mayor canalización de recursos al gasto social, que beneficiará al Sector Salud. El sector salud es importante en el ámbito macroeconómico ya que genera empleos y demanda insumos de otros sectores, estimulando así la creación de cadenas productivas. Sin embargo, al ser los gastos en atención médica parte de los costos de producción, pueden constituir un factor limitante en la competitividad de las empresas y contribuir a la inflación.

En México, la dimensión del sector salud es considerable y existen elementos suficientes para inferir que su participación en la economía irá en aumento. Para evaluar el peso del sector salud en la economía se utilizan dos indicadores: a) La participación de este sector en el PIB, y b) La magnitud del gasto en salud en proporción al PIB. Cabe destacar que en el caso del sector salud no se contabilizan los gastos de los insumos provenientes de otros sectores, como el gasto en medicamentos, por ejemplo, sino sólo el valor agregado de las actividades que realiza, tales como las consultas médicas. Por otra parte, cuando se observa la magnitud del gasto en salud en proporción al PIB, lo que se evalúa es la capacidad de gasto del sector salud y no sólo el valor agregado de dicho sector. Por esta razón, la participación del sector salud en el PIB es aproximadamente dos terceras partes de la participación del gasto del sector salud dentro del PIB.²⁸

²⁸ FUNSALUD, 1995. op. cit.

La evolución de la participación del sector salud en el PIB revela que su importancia ha ido en aumento en forma considerable. En treinta años su participación se ha duplicado, yendo del 1.6 % del PIB en 1960 a 3.3% en 1991. Durante la década de los ochenta esa participación se mantuvo relativamente constante, en los años de ajuste económico se marcaron dos tendencias respecto a su tasa de crecimiento real: una descendente entre 1980 y 1986, alcanzando -2.3% en este último año.

4.

GASTO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Si pudiéramos planificar realmente la salud de las poblaciones humanas, estaríamos en condiciones de dar salud: la verdad es que estamos muy lejos, muy lejos, de lograr ese objetivo. Lo que hoy planificamos son los recursos y las actividades para lograr cierta salud.

H. San Martín

El otorgar salud a la población es un problema financiero complejo como consecuencia de la falta de desarrollo económico del país o de inversiones, adecuadas en cantidad, pero no orientadas hacia los problemas reales de salud de las comunidades nacionales. El sector salud, que sigue con una política fijada y limitada por el sistema económico y el tipo de desarrollo nacional, se responsabiliza de proteger la salud de la población de los "riesgos" que crea la sociedad con su actividad y de los monopolios de vida que adapta y, en esta forma, genera un proceso que es permanente, día a día, y que se repite en el mismo individuo, en su familia o en el grupo social donde participe. El resultado, en el mejor de los casos, es el que se constata en la mayoría de los países del mundo: prolongación progresiva de la vida media de las poblaciones humanas como consecuencia de la reducción de la mortalidad, haciendo notar que el mayor volumen de este descenso es debido a la reducción de la mortalidad infantil y del resto de la población.¹

El gobierno mexicano plantea la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud mediante la reestructuración de sus instituciones y la ampliación de la cobertura de los servicios impulsando su federalización. Actualmente, existen alrededor de 10 millones de personas que carecen de un acceso regular a los sistemas de salud y subsisten grupos de población al margen de las condiciones mínimas de salubridad e higiene.²

Hasta hoy, prevalecen importantes desigualdades regionales que se manifiestan en altas tasas de enfermedades infecto-contagiosas y padecimientos vinculados a la desnutrición y a la reproducción, sobre todo, en regiones rurales dispersas y zonas urbanas marginadas. Entre los nuevos y crecientes factores de riesgo de nuestra población se encuentra el sedentarismo, la dieta inadecuada, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la falta de prevención efectiva de accidentes viales y laborales, y las prácticas

¹ Hernán, San Martín, Administración en salud pública, La Prensa Médica Mexicana, México, 1988

² El financiero, 3 de mayo de 1997

sexuales poco seguras.³ Ante esta situación epidemiológica, se añade que el perfil demográfico del país está sufriendo una transformación radical, debido a la reducción en las tasas de mortalidad infantil y a los programas de planificación familiar, por lo que se presenta un crecimiento relativo de las personas de edad avanzada que, paradójicamente, se vincula con problemas de salud más costosos, de larga evolución y de difícil prevención.

El mejorar la equidad y calidad en el suministro de servicios de salud son solo uno de los objetivos explícitos de la estrategia de reforma llevada a cabo por el gobierno. Aunque en teoría la configuración del sector salud debería asegurar una cobertura universal de la población, en realidad hay una parte significativa de la misma -aproximadamente 10 millones de mexicanos, de acuerdo con las estimaciones oficiales de 1994- que tienen un acceso insignificante o nulo a los servicios públicos de atención a la salud. El comportamiento del gasto de las familias con bajos recursos en servicios privados de salud no es tampoco insignificante, de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud II, hasta un 9 por ciento de las familias de bajos ingresos utilizaban atención médica privada, en comparación con el 10 por ciento de las familias de ingresos medios (INEGI, 1994).

La asignación de gasto de las instituciones de atención a la salud muestra un fuerte sesgo a favor de la población asegurada (véase cuadro 1). Los esquemas de seguridad social atienden en conjunto aproximadamente a la mitad de la población, sin embargo, esto representa un 70 por ciento del total de los gastos de atención a la salud (excluido el gasto del sector privado). El IMSS tiene un gasto per cápita para sus asegurados al menos tres veces superior al que tiene el sector de asistencia pública para la población no asegurada. Dada la participación gubernamental en el presupuesto del IMSS, esta asignación no es coherente con el objetivo declarado de distribuir equitativamente los recursos gubernamentales. La violación de este principio es aún más pronunciada cuando se compara el gasto en atención a la salud para los trabajadores de PEMEX y sus dependientes, que es lo más alto en términos per cápita, en comparación con el gasto per cápita de otras instituciones públicas de salud.

³ Ssa., 1995, op. cit

Cuadro 1.
Gasto público y privado en salud, 1992-1996
(Precios constantes y dólares de 1993)

| GASTO PUBLICO AÑOS | Gasto total (millones) | | Porcentaje del PIB | Gasto por persona | |
|-----------------------|------------------------|---------|-----------------------|-------------------|---------|
| | Pesos | Dólares | | Pesos | Dólares |
| 1992 | 32106 | 9729 | 2.6 | 370 | 112 |
| 1993 | 31698 | 9605 | 2.5 | 359 | 109 |
| 1994 | 34343 | 10407 | 2.6 | 382 | 116 |
| 1995 | 28530 | 8645 | 2.3 | 311 | 94 |
| 1996 | 27067 | 8202 | 2.2 | 290 | 88 |
| GASTO PRIVADO | | | | | |
| 1992 | 23926 | 7250 | 1.9 | 276 | 84 |
| 1993 | 25844 | 7832 | 2.1 | 292 | 88 |
| 1994 | 27563 | 8352 | 2.1 | 306 | 93 |
| 1995 | 22444 | 6801 | 1.8 | 245 | 74 |
| 1996 | 22257 | 6745 | 1.8 | 239 | 72 |
| GASTO TOTAL | | | | | |
| 1992 | 56032 | 16979 | 4.5 | 648 | 196 |
| 1993 | 57542 | 17437 | 4.6 | 651 | 197 |
| 1994 | 61906 | 18759 | 4.7 | 688 | 209 |
| 1995 | 50974 | 15446 | 4.1 | 656 | 168 |
| 1996 | 49324 | 14947 | 3.9 | 529 | 160 |

Fuente: Tomado del Departamento de estudios sociales de Banamex, con datos de la Fundación Mexicana para la Salud. Observatorio de la salud: necesidades, servicios y políticas. México, 1997

La población no asegurada se concentra en ciertas regiones debido al aislamiento geográfico o a la deficiente prestación de servicios. En cada segmento del Sistema Nacional de Salud -tanto la seguridad social como los servicios gubernamentales- la distribución de los recursos financieros entre los estados es desigual. A pesar de la inversión pública substancial en los estados más pobres durante los últimos años, estos estados todavía reciben significativamente menos recursos per cápita del presupuesto de la Ssa. que el promedio nacional.

Hasta antes de la reforma, la asignación del presupuesto a los estados no tomaba en cuenta las necesidades de salud, la pobreza y las condiciones de acceso, como tampoco la capacidad de generación de ingresos de cada Estado y, de hecho, los estados con una mayor recaudación fiscal per cápita recibían los mayores recursos per cápita del gobierno federal. Igualmente, dentro del sistema de seguridad social, el

menor gasto per cápita en salud se registra en los estados donde las necesidades de atención a la salud son las más altas.⁴ Por ejemplo, en el cuadro 2, se observa la cantidad de recursos humanos destinados a la salud en 8 estados del país:

Cuadro 2.
Recursos de atención a la salud en 8 estados del país, 1995

| | 1 Coahuila | 2 Nuevo León | 3 Sinaloa | 4 Jalisco | 5 Puebla | 6 Guerrero | 7 Oaxaca | 8 Chiapas |
|-----------------------------------|---------------|-----------------|--------------|--------------|-------------|---------------|-------------|--------------|
| <i>Recursos físicos y humanos</i> | | | | | | | | |
| <i>Por 10 000 hab.</i> | | | | | | | | |
| Médicos | 139 | 129 | 107 | 74 | 78 | 78 | 78 | 78 |
| Enfermeras | 263 | 258 | 201 | 185 | 117 | 108 | 108 | 111 |
| Camas de hospital | 115 | 108 | 81 | 97 | 64 | 46 | 44 | 41 |
| Unidades de consulta | 57 | 56 | 51 | 45 | 35 | 48 | 45 | 43 |
| <i>Indicadores de utilización</i> | | | | | | | | |
| Consultas por médico general | 133 | 156 | 156 | 136 | 124 | 96 | 91 | 88 |
| Promedio de ocupación de camas | 66.5 | 77.7 | 77.1 | 53.3 | 61.1 | 62.8 | 66.3 | 67.6 |

Fuente: Secretaría de salud, México 1995

La experiencia mundial revela que los países gastan en salud-enfermedad proporciones que van del 4 al 12% del PIB, en relación con el tipo de servicios de salud existentes y el nivel de desarrollo económico-social del país (Banco Mundial, 1993. op. cit.). Esto representa una cantidad considerable del presupuesto nacional dedicado a la salud, siendo que, en realidad, la mayoría de esas inversiones son para curar la morbilidad prevalente que, en todos los países del mundo, es considerablemente alta. Desde el punto de vista económico, invertir en prevenir la enfermedad y promover la salud, es más conveniente y barato, que el mantener la enfermedad disminuyendo.

El costo de la salud no puede ser otro que el valor total del consumo de las personas que viven en estado de salud permanente. Es evidente que las inversiones en salud-enfermedad han aumentado en los presupuestos nacionales sin que los indicadores de salud mejoren notablemente, a excepción de la baja mortalidad en los países menos desarrollados como consecuencia de los programas de salud materno-infantiles y los de saneamiento básico del ambiente (Banco Mundial, 1993. op. cit.).

Es complejo decidir cuánto debe gastarse en salud de la población. Un economista puede dar una respuesta más cualitativa que cuantitativa respecto a los beneficios que podrían obtenerse con una buena

⁴ OCDE, 1998 op. cit.

organización y administración de los programas de salud. La determinación del costo del gasto en salud nacional resulta, en la práctica, de la transacción entre las necesidades de salud y los recursos existentes.⁵

Según el Banco Mundial, el gasto mundial en salud ascendió a un total \$1.7 billones de dólares en 1990, cifra equivalente al 8 por ciento del ingreso mundial. La sola magnitud de este gasto en sanidad hace que sea fundamental conocer bien las repercusiones de las políticas gubernamentales en la salud de la población. Además, los gobiernos influyen profundamente en esta esfera de formas menos directas a través de sus políticas en materia de educación, abastecimiento de agua, saneamiento y otros factores importantes para la salud, así como mediante la reglamentación de los sistemas de atención sanitaria, de los que prestan los servicios de salud y de las aseguradoras.

En México, el cociente del gasto en salud al PIB bajó más de 1 punto porcentual entre 1982 y 1988 (estimación de la Secretaría de Hacienda) principalmente como consecuencia de la caída en el ingreso real de las familias después de la crisis de la deuda de 1982 y de los recortes al presupuesto consecuentes con la consolidación de las finanzas públicas. Sin embargo, a partir de 1988, el gasto en atención a la salud se ha venido recuperando y, hacia 1992, el cociente con respecto al PIB regresó al nivel anterior a la crisis de la deuda.⁶

Mientras que el gasto público en salud representó en 1992 alrededor de 2.6 por ciento del PIB, el gasto realizado por los agentes privados en el mismo rubro concentra casi el 2 por ciento. Para 1996 el gasto público en el sector salud como proporción del PIB se redujo al pasar a 2.2 por ciento, mientras que el gasto privado fue de 1.8 por ciento. México es uno de los países que menor proporción del PIB destina al sector salud, aún si se le compara con países de desarrollo similar.⁷

El gobierno afecta también el estado de salud a través de las repercusiones de sus políticas en los niveles de ingreso y educación de las unidades familiares, de su financiamiento de los servicios de salud pública y de la atención que proporcionan de forma directa. Tres razones de índole económica justifican y guían la función de los gobiernos en la esfera de la salud:

- Los pobres no siempre pueden costearse la atención de salud que mejoraría su productividad y bienestar. La inversión en salud de la población de escasos recursos debe ser financiada con fondos públicos para reducir la pobreza o paliar sus consecuencias.

⁵ Hernán, San Martín 1990. op. cit.

⁶ OCDE, 1998. op. cit.

⁷ BANAMEX, *México social*, BANAMEX, México, 1997

- Algunas medidas que promueven la salud son bienes públicos puros, que pueden crear importantes externalidades positivas. Los mercados privados no los producirían en absoluto, o bien los producirían en una cantidad insuficiente.
- Las deficiencias de los mercados de atención de salud y de seguros médicos significan que la intervención del gobierno puede aumentar el nivel de bienestar al mejorar la forma en que esos mercados funcionan.⁸

Es preciso apreciar cualquier posible beneficio de una mayor participación del sector público en el campo de la salud frente al riesgo de que los gobiernos empeoren la situación en la práctica. Los gobiernos tienen la obligación de sacar el mayor partido posible a la cantidad de recursos que capten y canalicen al sector salud. Ello significa asignar los recursos de forma que se obtenga el mejor punto óptimo de mejoramiento posible de la salud por cada peso de fondos públicos.

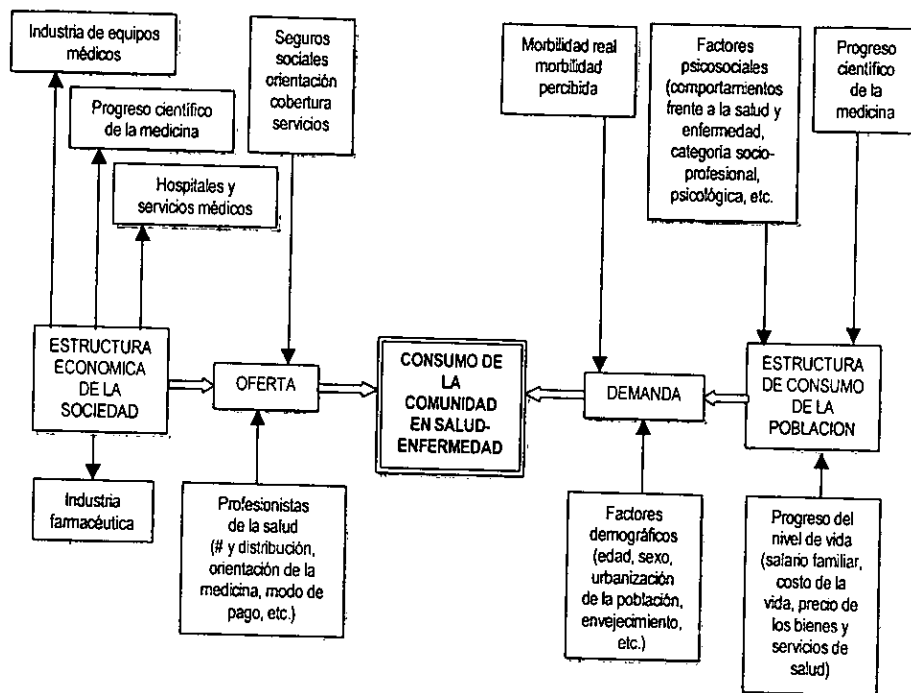
Hay que destacar, que debido a que los mercados privados de atención a la salud pueden también no ser capaces de sacar el mayor partido posible a sus recursos, los gobiernos tienen una función que desempeñar en cuanto a proporcionar una estructura de incentivos e información para mejorar la distribución de los recursos por parte de este sector privado.

La importancia de los requerimientos del sector salud es proporcional al desarrollo del país. Esto es así tanto en términos absolutos como en relación a otros sectores. A nivel internacional, el gasto en servicios de salud en proporción al PIB generalmente aumenta según los países. Esta no es, sin embargo, una relación lineal y automática, ya que, depende de la prioridad que cada nación otorgue a la salud. Por ejemplo, en el siguiente diagrama, el *Consumo salud-enfermedad*, está constituido por el conjunto de bienes y servicios ofrecidos por los productores y por el sistema de servicios de salud a la población en relación a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Hasta hoy, no se ha definido el nivel de gasto soportable por un país; esta es una decisión específica que debe tomar en cuenta la situación epidemiológica del mismo, el nivel de desarrollo nacional, las necesidades reales y resentidas por la población y los factores que influyen en el consumo. El aumento del consumo en salud, como el del consumo en general, es un fenómeno racional, ya que cuando se incrementa el nivel de vida y los ingresos de la población ascienden, ambos factores crecen en una misma proporción.⁹

⁸ Banco Mundial, 1993. op. cit.

⁹ Hernán, San Martín 1990. op. cit.

Figura 1.
Consumo salud-enfermedad



Fuente: Tomado de Hernán, San Martín, op. cit.

En este sentido, el gasto en salud representa una inversión al capital del factor de producción más importante: el capital humano. Por capital humano comprendemos las capacidades individuales que inciden en la producción de bienes y servicios, capacidades susceptibles de incrementarse mediante acciones destinadas a su desarrollo; un ejemplo de esto es la inversión en educación, capacitación o adiestramiento y, por supuesto, en salud. Se habla de inversión en capital humano cuando, por ejemplo, un

individuo dedica tiempo y dinero a elevar su nivel educativo, "esperando" obtener con ello un mejor salario. Esta ganancia es el rendimiento de su inversión.¹⁰

Dicho de otro modo, la inversión que un individuo hace en su preparación, se traduce en un incremento de su reserva de conocimientos, afectando positivamente su capital humano y sus potencialidades lo que eleva su competitividad en el mercado, ya que lo capacita para un trabajo mejor pagado esperando mejorar su calidad de vida.

De manera semejante, los efectos del aumento de la reserva de salud sobre el capital humano se traducen en un incremento de la capacidad del individuo para producir bienes y servicios. La inversión en salud puede ser considerada como uno de los elementos del capital humano cuya finalidad es producir un volumen de *tiempo con salud*. El supuesto que fundamenta dicha proposición es que los individuos nacemos con una determinada "reserva de salud" que se deprecia con la edad, pero que puede incrementarse -en la mayoría de los casos- mediante inversiones. La muerte ocurre cuando la reserva de salud decae por debajo de un cierto nivel. Disponemos de una posibilidad relativa de incidencia sobre nuestra longevidad y calidad de vida, mediante acciones de promoción de la salud, de prevención, curación o rehabilitación.¹¹

Las alzas en el porcentaje de la población integrada a la fuerza de trabajo pueden considerarse como indicio de los logros en la reducción de la discapacidad y la mortalidad. Así, la reserva de capital humano generada por los servicios de salud representa el valor de la mano de obra integrada como resultado de la eficacia de los programas de atención a la salud. Aunque no es fácil puntualizar la forma y la magnitud en que la salud afecta la productividad; esto puede suceder directamente a través de canales como la capacidad de aprendizaje en la infancia, la correlación entre un buen estado de salud y la misma capacidad productiva.

El impacto de los programas de salud se da en las reducciones tanto de la morbilidad como de la mortalidad; de aquí que la valoración de los futuros ingresos salariales afecten tanto a los sobrevivientes, como a los rehabilitados. En relación con los efectos de la enfermedad sobre el monto de trabajo disponible para la producción de bienes y servicios, podemos distinguir tres niveles: el primero, y más grave, se refiere a la muerte del trabajador, misma que se puede presentar en distintos grados; el segundo, a la discapacidad para el trabajo, misma que se puede presentar en distintos grados; y el tercero, a la debilidad

¹⁰ Frenk, Julio 1995 op. cit.

¹¹ Frenk, Julio 1995 op. cit.

en el proceso de trabajo, que se traduce en un decremento de la productividad. Una vez determinado el grado en que la enfermedad afecta el monto de trabajo disponible, se podría calcular el incremento en horas de trabajo que se añadirían como resultado de la rehabilitación parcial o total de los trabajadores y se podría asignar un valor monetario al producto generado en dicho tiempo.¹²

Desde una perspectiva económica, los recursos destinados a los programas de salud deberían corresponder, en mayor o menor medida, al incremento esperado en el capital humano como resultado del crecimiento en el número y la calidad de los trabajadores, crecimiento debido a las mejoras en el nivel de vida de la población. Sin embargo, una de las complicaciones del impacto de los programas de salud en la mejoría del nivel de vida de la población, consiste en que esta no sólo responde a los programas de salud, sino a la conjunción de diversos factores tales como la alimentación, la vivienda, la educación, el ingreso, etc. La enfermedad no solo es causa, sino consecuencia de las condicionantes socioeconómicas. Por otra parte, estos fenómenos son, a su vez, resultado del desarrollo económico, el cual modifica el patrón de morbilidad y mortalidad de una sociedad.

Financiamiento del sistema de salud

La atención pública a la salud es financiada, en su mayor parte, por los impuestos sobre la nómina y subsidios del gobierno central. Las instituciones de seguridad social que proporcionan atención médica a los afiliados y dependientes, son financiadas mediante contribuciones obligatorias de empleados y patrones, con un complemento del presupuesto general. El aumento en las tasas de contribución, iniciado a finales de los años 80 para fortalecer el financiamiento del componente de salud del IMSS, probablemente limitó la expansión de la economía formal e indujo a una subdeclaración de los ingresos. Los servicios públicos de salud para la población "abierta" son financiados por los impuestos generales.¹³

Otras fuentes contribuyen en proporción mucho menor, pero creciente, al financiamiento de la atención a la salud. Los servicios de salud proporcionados en las instalaciones de la Ssa. y en los hospitales estatales cobran cuotas a los usuarios, proporcionales en principio a la capacidad de pago de los pacientes. En 1994, el ingreso proveniente de estas cuotas se duplicó hasta el 10% del gasto total de la Ssa. (de menos de 5% a principios de los años 80).

¹² FUNSALUD, 1995. op. cit.

¹³ IMSS, 1996. op. cit.

Las contribuciones de los gobiernos estatales son retenidos por ellos mismos, pero su utilización, hasta ahora, ha estado en gran medida regulada por el gobierno central. En el ámbito nacional, el gasto total en salud para 1996 alcanzó cerca de \$ 49 324 millones de pesos. El gasto per cápita fue de alrededor de \$ 530 pesos. Hay una tasa promedio de crecimiento promedio del gasto per cápita entre 1993 y 1996 del orden del 13%, lo cual significa, principalmente inflación, pues es discutible que los servicios se hayan incrementado en la misma proporción. Para 1996, el gasto como porcentaje del PIB fue de 3.9% al considerarse el promedio de las dos estimaciones.¹⁴ Véase el cuadro 3:

Cuadro 3.
Gasto público y privado en salud, 1992-1996
(Precios constantes 1993)

| GASTO PUBLICO | Gasto total (millones) | Porcentaje | Gasto por persona |
|----------------------|-------------------------------|-------------------|--------------------------|
| AÑOS | Pesos | del PIB | Pesos |
| 1992 | 32106 | 2.6 | 370 |
| 1993 | 31698 | 2.5 | 359 |
| 1994 | 34343 | 2.6 | 332 |
| 1995 | 28530 | 2.3 | 311 |
| 1996 | 27067 | 2.2 | 290 |
| GASTO PRIVADO | | | |
| 1992 | 23926 | 1.9 | 276 |
| 1993 | 25844 | 2.1 | 292 |
| 1994 | 27563 | 2.1 | 306 |
| 1995 | 22444 | 1.8 | 245 |
| 1996 | 22257 | 1.8 | 239 |
| GASTO TOTAL | | | |
| 1992 | 56032 | 4.5 | 648 |
| 1993 | 57542 | 4.6 | 651 |
| 1994 | 61906 | 4.7 | 689 |
| 1995 | 50974 | 4.1 | 656 |
| 1996 | 49324 | 3.9 | 529 |

Fuente: Tomado del Departamento de estudios sociales de Banamex, con datos de la Fundación Mexicana para la Salud. Observatorio de la salud: necesidades, servicios y políticas. México, 1997

¹⁴ Estimación elaborada por la División de estudios económicos y sociales de BANAMEX, México, 1997

Los contribuyentes al Sistema Nacional de Salud (SNS) son, desde un enfoque de cuentas nacionales: gobierno federal, los gobiernos estatales y los hogares. La seguridad social se financia con aportes de los trabajadores y empresarios, sumando las contribuciones del gobierno federal, por ejemplo, los servicios asistenciales y los programas de asistencia social, como el PROGRESA, dependen principalmente del presupuesto federal, erogado vía Ssa. Los hogares, los gobiernos estatales y municipales también contribuyen en una menor parte a los servicios asistenciales. Los primeros con base en las cuotas de recuperación, los segundos por contribuciones.

Los organismos de seguridad social recaudan y administran las contribuciones de empleados y empleadores. La Ssa. y los gobiernos estatales y municipales administran los servicios asistenciales, es por ello que asignan los recursos a los proveedores directos con base en presupuestos históricos, fijados de acuerdo a inversiones regidas por diversos criterios entre los que destacan las necesidades de salud principalmente. Por ejemplo, las prestaciones de la seguridad social en el IMSS, y a partir de julio de 1997 con la entrada en vigor de la nueva Ley del Seguro Social, se han dividido en cinco grandes ramas :

- Riesgos de trabajo;
- Enfermedades y maternidad;
- Invalidez y vida;
- Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez., y
- Guarderías y prestaciones sociales.¹⁵

El artículo 27 de dicha ley, establece claramente que el salario base de cotización se integrará con los pagos hechos en efectivo por cuota diaria y las gratificaciones, percepciones, alimentación, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por sus servicios. Hasta hoy, se han financiado con contribuciones equivalentes al 24.5%, del salario base dividido, respectivamente a las ramas, en 15.5%, 8.5% 2.5% y 1%.¹⁶

La nueva Ley del Seguro Social contempla cambios en el financiamiento del IMSS. En forma resumida, existe la sustitución del anterior impuesto a la nómina por una contribución mixta con una cuota única pagada por los patrones y el gobierno para los trabajadores que ganen hasta 3 salarios mínimos. Ello se complementa con aportaciones proporcionales a la nómina para los empleados que perciban más de 3 salarios mínimos. Por otro lado, habrá una dependencia creciente del financiamiento por impuesto a la

¹⁵ IMSS, 1995. op. cit.

¹⁶ En 1992, se añadió el Sistema de Ahorro al Retiro (SAR), que representa el 2% del salario cotizable. A estas cuotas también hay que sumar el INFONAVIT correspondientes al 5%, que implica un total de 31.5% de la nómina dedicada a contribuciones de previsión y seguridad social

nómina. En particular, las aportaciones de los empleados serán 8% para el primer año después de la implantación de la ley, previstas a bajar a 1.5% en el décimo año.

En 1995, el gasto fue de 49% proveniente de los hogares, 28% de los empleadores, 20% del gobierno federal y 3% de los gobiernos estatales, véase cuadro 5. No obstante, al corregir el gasto de los gobiernos estatales según estudios recientes este monto asciende a 6% del total (González Block op. cit., 1997).

Analizando el flujo monetario a través de fondos se puede observar claramente la dominación de la seguridad social, con 43% del gasto total de los prestadores de servicios de salud, seguido de los fondos para no asegurados manejados principalmente por las secretarías de salud en los estados y el nivel federal, con 13%. Los fondos privados, equivalentes al gasto directo en servicios privados, representan 42% y la administración de parte de seguros privados sólo 3%.¹⁷ Por lo que respecta a los servicios públicos de la seguridad social éstos representan 43% del destino de los fondos, siendo el caso de 13% de los servicios para no asegurados y de hasta 45% para los servicios privados.

Cuadro 4.
Gasto público y privado en salud, 1995

| Fuentes | Millones de \$ | % |
|--|----------------|--------------|
| Hogares | 33,019 | 49.1 |
| Empleadores | 19,060 | 28.3 |
| Gobiernos federales | 13,241 | 19.7 |
| Gobiernos estatales | 1,952 | 2.9 |
| TOTAL | 67,272 | 100.0 |
| Fondos | | |
| Fondos de seguridad social | 28,642 | 42.6 |
| Fondos para los no asegurados | 8,678 | 12.9 |
| Fondos de seguro privado | 28,213 | 41.9 |
| Fondos privados | 1,739 | 2.6 |
| TOTAL | 65,533 | 100.0 |
| Prestadores | | |
| Servicios públicos de seguridad social | 28,642 | 42.6 |
| Servicios públicos para no asegurados | 8,678 | 12.9 |
| Servicios privados | 29,952 | 44.5 |
| TOTAL | 67,272 | 100.0 |

* Pesos corrientes de 1995.

Fuente: Hernández, et., al., 1997.

El gasto per cápita que realizan los gobiernos estatales, la federación y los particulares a la población no asegurada a través de todas las agencias fue de \$182 a nivel nacional para 1994. Si se

¹⁷ González Block y Knaut Felicia, 1997. op. cit.

considera el aporte de IMSS-Solidaridad la suma asciende a \$207. El gasto per cápita de los gobiernos estatales a población no asegurada fue de \$75. El de la federación fue de \$100 per cápita. Las cuotas de recuperación alcanzaron solamente \$9 per cápita.¹⁸

Cobertura real

La cobertura de los prestadores de servicios de salud refleja una concentración en los seguros sociales que contempla el 51% de la población (Secretaría de Salud, 1996). En tanto que según la información de la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA II); 30.5% de la población estaba asegurada en el IMSS, en contraste con el 7% en el ISSSTE (Secretaría de salud, 1994).¹⁹ De hecho, el IMSS reportó en 1995 una cobertura del 35% de la población ocupada total, de la cual un 50% vivía en zonas urbanas y el 18% en las zonas menos urbanizadas. Por lo que respecta a la población asalariada su cobertura llega a un 63%, lo cual equivale a 37 millones de derechohabientes, incluyendo los que cotizan y a sus familiares (IMSS, 1995).

Para fines de 1997, se calculó haber conseguido extender servicios básicos a 6 millones de mexicanos. La medicina privada capta hasta un 60% de la demanda de servicios de salud de la población. La sociedad de escasos recursos utiliza estos servicios hasta en un tercio del total de su demanda médica. Dicha utilización responde a los problemas de acceso y a la falta de confianza en la medicina que otorga el sector público. Sin embargo, esta atención es, en términos generales, costosa y a menudo de mala calidad técnica.

Lo anterior es precisamente lo que da origen a las denominadas *barreras* que obstaculizan el acceso a los servicios médicos. Entre las más importantes podemos mencionar las *económicas*, que se refieren al elevado costo de los servicios, medicamentos, imposibilidad de dejar el trabajo o falta de ingresos, las *geográficas*, que toman en cuenta la lejanía o ausencia de servicios de salud en la localidad, y a las *organizacionales*, las cuales se relacionan con la falta de confianza por parte del paciente o de calidad en la prestación del servicio de salud.²⁰

¹⁸ Este dato fue tomado de Knaul Felicia, González Block, op. cit. 1997. Excluye los estados de Michoacán y Sonora por falta de información. En el caso de Aguascalientes no se considera el gasto gubernamental fuera de los Servicios estatales de salud, pero dicho gasto es muy reducido.

¹⁹ La Encuesta Nacional de Salud es una encuesta a hogares con una cobertura nacional que ha sido levantada en 1987 (ENSA I) y en 1993 (ENSA II). Los cuestionarios incluyen una información detallada acerca de la estructura familiar y la educación, además de largas series de preguntas acerca del estado de salud de los familiares y la utilización de los servicios de salud. Para mayor información vea Secretaría de Salud (1994)

²⁰ Frenk, Julio 1995 op cit

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

en zonas urbanas: el costo total de tiempo para la atención médica (incluido el tiempo de traslado) es mayor en los servicios de seguridad social que en los de la Ssa.²²

Dado que las instalaciones de salud en varios estados están en condiciones precarias, algunas familias de bajos ingresos, que en principio están cubiertas por los servicios de la Ssa., se quedan sin atención médica o recurren a los servicios privados a costa propia. La falta de medicamentos en las clínicas de salud pública es frecuentemente citada como una de las razones para utilizar servicios alternativos.

Al mismo tiempo, la insuficiente coordinación del SNS es responsable de la duplicación de servicios, especialmente en las zonas urbanas. Aún en los pueblos más pequeños y en las zonas rurales, hay evidencias de la duplicación de servicios de la asistencia pública, debido a una coordinación insuficiente (por ejemplo, entre los hospitales del IMSS-Solidaridad y los de la Ssa.) y a la escasez de los recursos públicos.

En 1996, México gastó el equivalente de 3 a 4 por ciento del PIB en atención a la salud. El cociente corresponde a otros países miembros de la OCDE con niveles de ingreso similares.²³ Mientras que la mayoría de los expertos está de acuerdo que el componente público del gasto es bajo según los estándares internacionales, las estimaciones sobre los gastos privados en salud están sujetas a una gran incertidumbre, relacionada en particular con el ejercicio privado de los médicos del sector público. El gasto per cápita en salud en México (\$160 dls. promedio) estaba entre los más bajos del área de la OCDE, de acuerdo con la posición relativa del PIB per cápita de México.²⁴

Sin embargo, en comparación con otros países de América Latina (Argentina, Brasil, Chile y Colombia) el gasto en salud de México (tanto el gasto social como el componente público) es cercano a lo esperado en relación con el PIB nacional y con el ingreso per cápita. Según el informe de la OCDE, dice que el problema principal en México no es tanto el reducido gasto en salud como tal, sino más bien el hecho de que un nivel "normal" de gasto está asociado a importantes necesidades insatisfechas (por ejemplo, la cobertura incompleta). Otros problemas se relacionan con las disparidades regionales y la inadecuada asignación de recursos por programas.

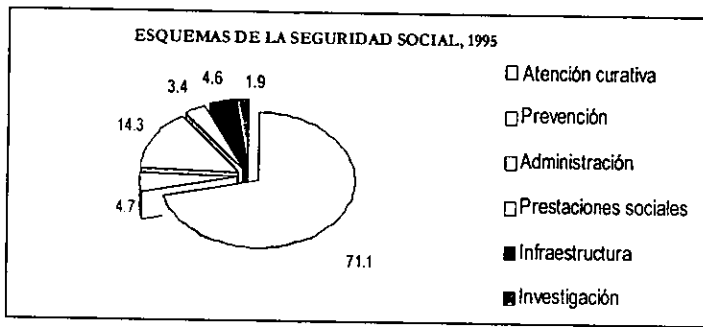
²² Como lo mostraron las encuestas de usuarios, este patrón probablemente refleja la menor demanda de servicios de la Ssa con respecto a la capacidad, dada la más débil calidad.

²³ OCDE, 1998. op. cit.

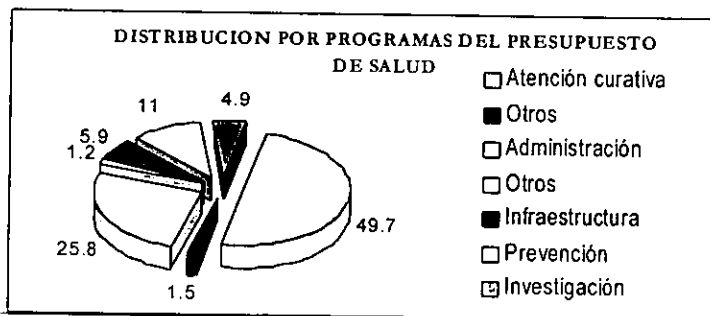
²⁴ OCDE, 1998. op. cit.

Dentro de las restricciones impuestas al gasto gubernamental por los objetivos de control presupuestal, las autoridades han buscado proporcionar al conjunto de la población no cubierta los servicios de salud que son reconocidos por tener la mejor proporción de costo-beneficio para reducir la morbilidad y la mortalidad. El desglose del gasto en salud por programas para 1995 muestra que 50 por ciento del gasto público en salud se destina a la atención curativa en instalaciones hospitalarias, 25 por ciento a la administración y 11 por ciento a la atención preventiva (véase las gráficas 1 y 2):

Gráfica 1



Gráfica 2



Fuente: Secretaría de salud, con base en el IMSS e ISSSTE, el desglose no está disponible para PEMEX, México, 1995

La proporción del gasto en atención preventiva parece ser inadecuada de acuerdo con lo recomendado por expertos internacionales para países con el mismo nivel de ingresos, aunque debido a la estructura presupuestal hay algunas acciones preventivas presupuestadas bajo la atención curativa. Las autoridades mexicanas han reconocido que es necesario mejorar la relación costo beneficio del gasto público.²⁵ Sin embargo, desde una óptica estado por estado, la asignación de recursos públicos por programas parece ser menos inadecuada. Aún cuando el gasto total per cápita en servicios de salud es más bajo en los estados más pobres que en los más ricos, la proporción del gasto total asignado a cuidados preventivos es mucho más alta en los primeros que en los estados ricos, de acuerdo con los requerimientos planteados por las características epidemiológicas de los estados pobres, donde sólo una minoría de la población es atendida por la seguridad social; de esta manera el sector público juega un papel predominante en la disponibilidad de servicios de salud.²⁶

Para hacer frente a la creciente demanda de servicios de salud, es indispensable planear y anticipar las acciones necesarias. Esto conduce al análisis profundo de los esquemas financieros del sector, lo que implica el esbozo del marco institucional-organizacional bajo el cual se desarrolla el mercado de la atención médica, de los requerimientos de la eficiencia en la asignación de recursos, así como de las necesidades de planeación de dicho sector.

A diferencia de otros mercados, en el sector salud no se puede pasar por alto la responsabilidad de alcanzar el óptimo beneficio social a través de la libre interacción del mercado, o bien a través de la intervención del Estado en el mismo. El concepto de eficiencia en la asignación de recursos se refiere al propósito de lograr el óptimo beneficio con los recursos disponibles. El punto crucial es que toda actividad tiene un costo real, equivalente al beneficio perdido por no haber destinado esos recursos a otro fin; es decir, equivale al llamado costo de oportunidad. Desde este punto de vista, los recursos siempre están compitiendo por metas alternativas.²⁷

El óptimo funcionamiento del sector salud requiere de un sistema eficiente con diferentes niveles de expresión, entre los que son básicos el de la eficiencia técnica en la producción de servicios y el de la

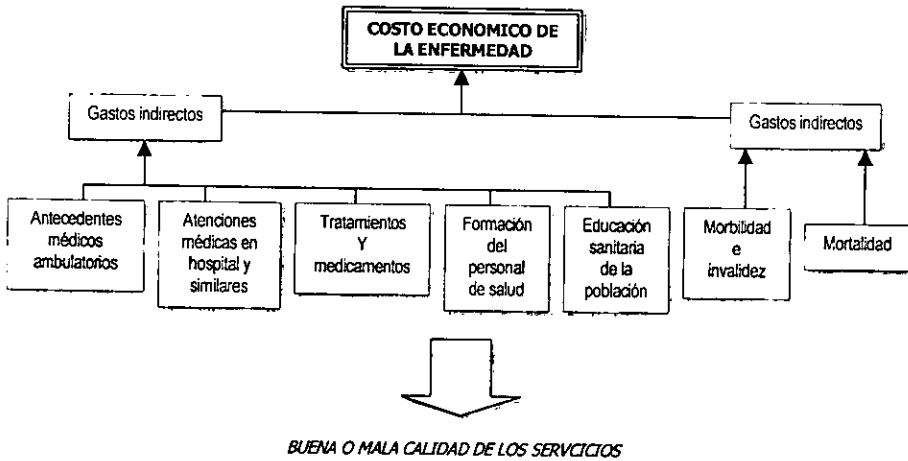
²⁵ El Banco Mundial hizo recomendaciones relevantes (1993). Aunque el análisis en este ámbito es difícil debido a que existen múltiples factores que influyen en los resultados de la salud, hay un consenso de que las intervenciones en salud para prevenir y curar enfermedades infecciosas y parasitarias así como los problemas de salud perinatal (mediante cuidados primarios de salud y medidas preventivas) tienen una mayor relación costo-beneficio que los tratamientos de enfermedades crónicas y degenerativas, características de poblaciones más urbanizadas y de edad avanzada.

²⁶ OCDE, 1998. *op. cit.*

²⁷ FUNSALUD, 1995. *op. cit.*

eficiencia en la asignación de recursos. La definición más común de la eficiencia es "el logro de los objetivos aun mínimo costo", costo que puede verse afectado por dos razones; una, la inadecuada utilización de los recursos asignados a la generación de servicios (la ineficiencia técnica; y la otra, la mala distribución y asignación de los recursos) ineficiencia en la asignación de recursos. La siguiente figura, nos muestra el costo económico de la enfermedad, donde podemos observar sus gastos directos e indirectos que implicarían una eficiente o ineficiente asignación de recursos, y por consecuencia, una buena o mala calidad de los servicios.

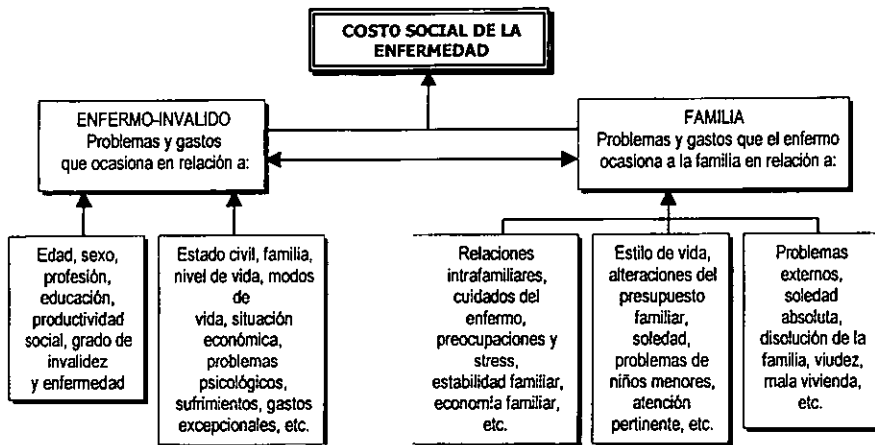
Figura 2.



Fuente. Tomado de Hernán, San Martín, op. cit.

Por el contrario, el costo social de la enfermedad implicaría algunos problemas y gastos en correlación a las relaciones intrafamiliares, laborales, culturales, éticas, morales, etc., al ser aceptada o rechazada una persona que en algún momento de su vida se encuentre discapacitada, ello se ilustra en la siguiente figura:

Figura 3.



Fuente: Tomado de Hemán, San Martín, op. cit.

Sin embargo, la determinación de los mecanismos de selección para orientar el gasto público en salud dependerán de sus efectos en la demanda, sus costos administrativos, de sus requisitos técnicos y del nivel de apoyo político que conciten. Para el caso de países en los que sus ingresos per-cápita sean demasiado bajos para ofrecer un conjunto mínimo de servicios clínicos esenciales a toda la población, existen tres mecanismos principales para orientar tales servicios hacia los grupos elegidos:

- Evaluar a los individuos que utilizan los servicios conforme a sus ingresos, el estado de nutrición u otros criterios, y según los resultados que se obtengan al prestar los servicios clínicos esenciales en forma gratuita o según la escala móvil de tarifas.

- Subvencionar los servicios clínicos principales que se presten a subgrupos demográficos fácilmente identificables (por ejemplo, las personas de barrios pobres, los indigentes, etc.) para que ello permitiese llegar a las zonas y grupos más necesitados y marginados; y
- Dejar que los individuos se autoseleccionen. Los servicios esenciales son gratuitos para todos, pero los programas médicos se tendrían que diseñar de manera que disuadan a las personas más "acomodadas" para que con esto no acudieran a ellos, es decir, diseñar una serie de proyectos médicos dirigidos para cada grupo social en específico.

Con ello, la evaluación económica de la producción de bienes o servicios estará en función del análisis de la relación entre cantidad de producto por unidad de tiempo; cantidad de insumos requerida; grado de sustitución de los insumos; así como características de la organización bajo las que se desarrolla el proceso en cuestión. Según Frenk, la eficiencia técnica evalúa, por tanto, a nivel unidad aplicativa:

- Las técnicas utilizadas.
- La combinación de insumos.
- La escala a producir y,
- Los productos a generar con los insumos disponibles.

La eficiencia también se relaciona, en última instancia, con el contexto general que puede a su vez ser eficiente o ineficiente en relación a la forma en que se distribuyeron y utilizaron los recursos escasos. La eficiencia depende, pues, de la asignación de recursos a programas en regiones donde su impacto en la salud sea mayor. Para ello son importantes la determinación de prioridades de atención, la valorización de la incorporación tecnológica, el desarrollo de una estrategia de atención primaria con un enfoque anticipatorio al daño, y la estructuración de un sistema de cuentas nacionales en salud.²⁸ Por ejemplo, un programa prioritario puede tener una ineficiente asignación de recursos, independientemente de que se desarrollen sus actividades en una forma óptima. La búsqueda de niveles de eficiencia más elevados es una tarea permanente en todo sistema de salud, tanto a nivel técnico como a nivel de eficiencia en la asignación de recursos. Dicho de otro modo cabe profundizar en el establecimiento de las prioridades de intervención, la dimensión que deben adquirir los programas prioritarios, así como la ubicación regional y por nivel de atención de los diferentes programas. Desde allí, puede evaluarse la conveniencia del desarrollo de un programa específico. Como ejemplo podrían evaluarse el costo y el beneficio resultante

²⁸ Frenk, Julio 1995 op. cit.

del incremento de recursos para el reemplazo de válvula de corazón originada por una enfermedad traumática, en contraposición al costo y al beneficio de prevenir su origen atacando las causas de dicho padecimiento.

COMENTARIOS FINALES

La atención y prevención de la salud a la población nacional es importante y esencial debido, al efecto que presenta sobre el crecimiento económico y desarrollo social. A lo largo de las últimas décadas, las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud han fortalecido y ampliado sus servicios, poniendo especial atención en los sectores más desprotegidos. Sin embargo, el sistema de atención a la salud, anterior a la reforma, estaba mal adaptado para responder al triple reto de ampliar la cobertura, limitar los costos y asegurar servicios de alta calidad. La experiencia de los países miembros de la OCDE sugiere que no existe un único sistema ideal de atención a la salud. Las prácticas difieren en cuanto a como financiar y proporcionar los servicios de atención a la salud, así como en cuanto a la articulación de los arreglos contractuales específicos entre pacientes, prestadores de servicios y contribuyentes. No obstante, considero que hay un consenso en el sentido de que, ni un sistema centralmente administrado, ni un sistema basado únicamente en el mercado, produciría los resultados sociales y económicos más deseados, de modo que, un sistema óptimo -que debería proporcionar a cada ciudadano un acceso seguro a un conjunto mínimo de servicios- combinaría elementos de una regulación gubernamental apropiada y de mecanismos competitivos.

En este contexto, la ventaja del objetivo de largo plazo señalado por el actual proyecto de reforma -desplazarse desde un sistema en el cual las necesidades de atención a la salud de la población son atendidas por subsistemas paralelos e integrados verticalmente hacia otro sistema organizado de acuerdo a funciones claves- parece indiscutible. Pero muchos detalles del futuro sistema siguen siendo inciertos, y los esfuerzos de la actual reforma parecen confinados al marco existente de la cobertura segmentada y la acumulación de riesgos. Cada uno de los principales subsistemas del sistema de atención a la salud tiene su propio plan de reforma y su agenda. La incertidumbre está existente en algunas de las medidas anunciadas y parecen subsistir diferentes opiniones sobre lo que debería ser el resultado final de la reforma global así como sobre la mejor forma de instrumentarla.

Las medidas actuales de reforma están ocasionando una expansión significativa de la cobertura de servicios de salud. Aunque pueden esperarse algunas ganancias en la eficiencia como resultado de la descentralización y de las mejoras técnicas en marcha, es poco probable que sean lo suficientemente grandes para enfrentar la expansión de la cobertura así como el crecimiento subyacente en la demanda de atención a la salud. Ante ello, toma tiempo el hacer una reforma institucional amplia que desmantele las barreras entre los sistemas paralelos verticalmente integrados y que reorganice los arreglos contractuales para el pago y la prestación del servicio. Por tanto, la prioridad debería orientarse a aquellas acciones

futuras que son de una importancia estratégica particular, para asegurar una transición eficiente hacia el nuevo sistema.

Las incertidumbres sobre la manera en que los diferentes principios de diseño se traducirán en una nueva estructura organizacional, sugieren que es importante analizar y supervisar las implicaciones sistémicas de más largo plazo de cualquier nueva medida de reforma. La conveniencia de la experimentación con proyectos piloto, es interesante, posiblemente bajo la forma de una velocidad diferenciada de instrumentación de las reformas entre regiones y estados. Este enfoque gradual no sólo facilitará evidentemente el reforzamiento institucional y, por ende, hacia una transmisión ordenada del viejo al nuevo sistema, sino que además puede esperarse que también volverá más sencillo el manejo de la resistencia política a muchas de las propuestas claves de la reforma, que probablemente emanen de intereses vigentes creados.

Así, el nuevo marco institucional, que entró en vigor a partir de 1997, actualiza el contexto legal dentro del cual la salud interactúa con la sociedad, permitiendo modalidades de aseguramiento más flexibles y apropiadas ante la realidad laboral y epidemiológica del país. El mejorar la calidad de los servicios de salud mediante la reestructuración de las instituciones y ampliar la cobertura de los servicios impulsando su federalización, son aspectos que el sistema de seguridad social debe impulsar en México y, con esto, intentar cubrir a los 10 millones de personas que carecen de un acceso regular a los sistemas de salud y a los grupos de población que se encuentran la margen de las condiciones mínimas de salubridad e higiene.

La inversión productiva en servicios de salud equitativos, eficiente y de buena calidad, tendría un efecto positivo en la actividad económica, pues incrementa la calidad del capital humano, mejora la productividad y la competitividad, genera empleos, alienta la investigación científica y estimula la investigación tecnológica. Ante estas condiciones, la tendencia que empieza a definir el futuro de la salud en México, apunta a una dirección muy clara: la necesidad de una reforma cabal, para lo cual será muy importante conservar los elementos de progreso obtenidos durante el último medio siglo. Este cambio institucional debe ser orientado por un enfoque sistémico que incorpore a la poblaciones e instituciones. De esta manera, nos encontraremos en una mejor posición para abordar el doble reto al que se enfrentan los sistemas de salud en América Latina, eliminar la carga de problemas acumulados y, al mismo tiempo, hacer frente a las condiciones emergentes en materia de salud.

El promover la separación de las funciones de financiamiento y establecer un proceso de asignación de recursos que promueva la equidad, la transparencia y genere ahorro para fortalecer el programa de inversiones, son acciones que se deben fortalecer para garantizar la permanencia las

políticas sanitarias. En materia de financiamiento de los servicios de salud, es necesario promover la distribución de los recursos más equitativa, brindando oportunamente servicios de alta calidad al menor costo. La separación funcional de la provisión y el financiamiento, va encaminada a que los recursos sigan las preferencias de los pacientes, así como lograr reglas no discrecionales para definir la participación de los hospitales y unidades de medicina familiar en la provisión de los servicios. Con esto, se impulsaría la igualdad de especialidades, como entidades autónomas proveedoras de servicios y precisando las reglas de interacción entre la entidad financiadora y las prestadoras de servicios.

Las propuestas de cambio encuentran un común denominador en el Estado, participando de manera activa en el financiamiento de la salud. Los mecanismos de aseguramiento social deberían prevalecer sobre los del aseguramiento privado, principalmente por la selección de riesgos por parte de las compañías aseguradoras, así como de la selección adversa contra las entidades asistenciales de salud. Con todo eso, se lograría fortalecer al usuario con mayor una capacidad de elección y se convertiría en la piedra angular del sistema, en materia de evaluación de la calidad-eficiencia y de los criterios de asignación presupuestal.

Esta reforma del sistema de salud, determinará el sentido profundo del esfuerzo social para cuidado de la misma. El sistema de salud puede seguir reproduciendo las desigualdades o puede asumir su papel central de ofrecer a todos los habitantes las condiciones para enfrentar los retos de la vida en igualdad de oportunidades. A través del esfuerzo por imaginar e implantar un estado más deseable que el actual, están surgiendo nuevas formas de pensamiento y de acción en torno a los sistemas de salud. Las reformas implican opciones. Aunque las sociedades corremos algunos riesgos al innovar, también promovemos el privilegio de crear un mejor futuro para sí mismas.

BIBLIOGRAFÍA

Acuña López, Daniel.

La salud desigual en México, Siglo XXI, México, 1990

Ayala Espino, José Luis.

Diccionario de economía pública moderna, Cátedra extraordinaria Ignacio Ramírez, Facultad de Economía, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1995

Instituciones y economía: una introducción al neoinstitucionalismo económico, Cátedra extraordinaria Ignacio Ramírez, Facultad de Economía, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1998

Límites al mercado, límites al Estado. Ensayos sobre economía política del Estado, Instituto Nacional de Administración Pública, México, 1992

Mercado, elección pública e instituciones: una revisión de las teorías modernas del Estado, Editorial Miguel Ángel Porrúa, México, 1996

BANAMEX.

México social, BANAMEX, México, 1998.

Banco Mundial.

Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo, Estudio de Políticas del Banco Mundial, Washington, D.C. 1990

Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud, Washington, D.C.; Oxford University Press, 1994

Barbabosa Kubli, Agustín.

Perspectivas de la seguridad social mexicana, en revista seguridad social, México, 1995

Borrego Estrada, Genaro.

Diagnóstico del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1995

Bay Almada, Ignacio (coordinador).

Salud y crisis en México. Textos para el debate, Siglo XXI, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades, UNAM, México, 1990

Consejo Nacional de Población, por el Dr. Mercedes Juan, enero, México, 1995

Cardozo Brum, Miriam.

Formación administrativa de recursos humanos para la descentralización en salud (borrador), Centro de Investigación y Docencia Económicas, División de Administración Pública, No. 18; México, 1997

La descentralización de servicios de salud en México, Gestión y política pública. Vol. 2, No.2 Julio-Diciembre, México, 1993

Cordera Campos, Rolando.

Mercado y equidad: de la crisis del estado a la política social, en economía informa, Facultad de economía, No. 264; Febrero, México, 1998

Cordera Campos, Rolando y Enrique González Tiburcio

Economía política y seguridad social en México: una aproximación, en Moctezuma Barragán Javier y Narro Robles José (compiladores), "La seguridad social y el Estado moderno", Fondo de Cultura Económica-Instituto Mexicano del Seguro Social-Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, México, 1992

Cruz, Carlos

Las cuentas nacionales de salud y el financiamiento de los servicios, Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia, No. 7. México, 1994

Cuestión social, revista del Instituto Mexicano del Seguro Social, No. 28; Enero-Marzo, p. 25-33. México, 1993

Colegio de México, Estudios socioeconómicos del Colegio de México, Vol. XII, No. 38; Mayo-Agosto, México, 1995

Frenk, Julio y José Bobadilla.

Los Futuros de la Salud, en revista Nexos: Sociedad, Ciencia, Literatura, No. 57; enero, México, 1991

Frenk Mora, Julio.

Bases doctrinarias de la reforma en salud, Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia, No. 2. México, 1994

Desigualdad, pobreza y salud en México, Consejo consultivo del Programa Nacional de Solidaridad-El nacional, México 1993

Hacia la reforma del sistema de salud: una propuesta estratégica, Fundación Mexicana para la salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia, No. 12. México, 1994

La Salud de la Población: Hacia una nueva salud pública, Fondo de Cultura Económica, La ciencia, No. 133; México, 1993

Frenk, Julio, Rafael Lozano, Miguel Angel González Block.

Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe Final, Fundación Mexicana para la Salud, Proyecto Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia, México, 1994

Frenk, Julio, González Miguel, Knaut Felicia y Lozano Rafael.

La seguridad social en salud: Perspectivas para la reforma en México (borrador), Centro de Investigación y Docencia Económicas, México, 1997

Hernán, San Martín.

Administración en salud pública. Teoría, práctica e investigación, Ediciones científicas, La Prensa Médica Mexicana, S.A de C.V., México, 1988

Instituto Mexicano del Seguro Social.

La nueva era del Instituto Mexicano del Seguro Social, Secretaría general, Dirección de prestaciones económicas y sociales, México, 1995

Aportaciones al debate, la seguridad social ante el futuro, Martínez, G. (compilador), México 1996

Lineamientos Estratégicos del Instituto Mexicano del seguro social, 1996-2000, Coordinación General de Comunicación Social, México, 1996

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.

Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto de los Hogares (ENIGH), INEGI, México, 1994

Jusidman, Clara.

La política social en Estados Unidos, Miguel Angel Porrúa Editores, México, 1996

Kumate, Jesús y Soberón Guillermo.

La salud en México: Testimonios 1988, Desarrollo institucional: IMSS e ISSSTE, Tomo III. Volumen 1, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1988

Kusnir, Liliana.

La política social en Europa, Miguel Angel Porrúa Editores, México, 1996

- Mesa Lago, Carmelo.
Financiamiento de la atención a la salud en América Latina y el Caribe: con focalización en el Seguro Social, Documento de la serie de estudios de seminarios del Instituto de Desarrollo Económico (IDE) del Banco Mundial, Washington, D.C., 1989
- La crisis de la seguridad social y la atención a la salud, Fondo de Cultura Económica, México, 1985
- Moctezuma, Barragán y Narro José (compiladores).
La seguridad social y el Estado moderno, Fondo de Cultura Económica-Instituto Mexicano del Seguro Social-Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, México, 1992
- Narro Robles José.
La seguridad social mexicana en los albores del siglo XXI, Fondo de Cultura Económica, México, 1994
- North Douglass.
Instituciones cambio institucional y desempeño económico, Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1993
- No sólo de macroeconomía vive el hombre*, Conferencia impartida en el Banco Central de Caracas, Venezuela, 1996
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
Capítulo especial: Reforma del sistema de salud en México, OCDE, Estudios económicos de la OCDE 1998, Francia, 1998
- Poder Ejecutivo Federal, Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, Poder Ejecutivo Federal, México, 1995
- Poder Ejecutivo Federal, Programa de reforma del sector salud, Poder Ejecutivo Federal, México, 1995
- Poder Ejecutivo Federal, Informe de ejecución del Plan Nacional de Desarrollo, Poder Ejecutivo Federal, México, 1996
- Rosen, George.
De la Política Médica a la Medicina Social, Siglo XXI, México, 1989
- Schaffer, Carlos.
Notas sobre la perspectiva estratégica de las prestaciones médicas y la nueva Ley del Seguro Social, en economía informa, Facultad de economía, No. 264; Febrero, México, 1998
- Secretaría de salud.
Boletín de Información Estadística: Recursos y Servicios, Secretaría de salud, Vol. 1. No. 15; Daños a la salud, Vol. 2, No. 15, México, septiembre, 1996
- Encuesta Nacional de Salud (ENSA II), Secretaría de salud, México, 1994
- Informe de labores, Secretaría de salud, México, 1996
- Principales líneas de trabajo de la Secretaría de Salud, 1998, Secretaría de salud, comunicación social, México Salud-2000, México, 1998
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Cuenta de la Hacienda Pública Federal, SHCP, México 1996
- Solis Soberón, Fernando.
El sistema de ahorro para el retiro y la reforma a la ley del seguro social, Seminario internacional seguridad social en el siglo XXI, Facultad de Economía, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1996
- Stiglitz, Joseph.
Economía Pública, Antoni Bosch, Barcelona España, 1988

Soberón Guillermo, Kumate Jesús y Laguna José.

La salud en México: Desarrollo institucional y asistencia social, Secretaria de salud, Instituto Nacional de Salud Pública, El Colegio Nacional-Fondo de Cultura Económica, México, 1989

LEYES Y REGLAMENTOS

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Poder Legislativo, México, 1994

Ley del Seguro Social, Diario Oficial de la Federación, 21 de diciembre de 1995

La Jornada (periódico), Varios ejemplares, 1996 - 1997

El Financiero (periódico), Varios ejemplares, 1996 - 1997

...La libertad es la única meta que merece la pena en la vida. Se consigue prescindiendo de las cosas que escapan a nuestro control.

No podemos tener un corazón alegre si nuestras mentes son un afligido caldero de temor y ambición.

¿Quieres ser invencible? Entonces no entables combate con aquello sobre lo que no tienes un control real.

La felicidad depende de tres cosas, y las tres están bajo tu poder: la voluntad, las ideas respecto a los acontecimientos en los que estás envuelto y el uso que hagas de esas ideas.

La auténtica felicidad siempre es independiente de las circunstancias externas.

Practica la indiferencia para con las circunstancias externas. La felicidad sólo puede hallarse dentro.

Con cuánta facilidad no deslumbran y nos engañan la elocuencia, los cargos, los títulos, los honores, las posesiones, la ropa cara o un porte afable. No cometas el error de dar por sentado que las celebridades, los personajes públicos, los líderes políticos, los ricos o quienes poseen grandes dotes intelectuales o artísticas son necesariamente felices.

Hacerlo es dejarse desconcertar por las apariencias y sólo hará que duelas de ti mismo.

Recuerda: la esencia real de la bondad sólo se halla entre las cosas que están bajo tu control.

Si no olvidas esta premisa, no te encontrarás en falso sintiendo envidia o desolación, comparando lamentablemente tus logros con los de los demás.

Deja de aspirar a ser otro que tu mismo, pues esto está bajo tu control...

Epicuro