

105  
24



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE ECONOMIA**

**EFICACIA Y EFICIENCIA EN EL SISTEMA  
DE SALUD. UNA CRITICA AL MODELO DE  
ECONOMIA DEL BIENESTAR APLICADO EN MEXICO,  
1976-1982.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**LICENCIADO EN ECONOMIA**

**P R E S E N T A :**

**OCTAVIO ORTEGA OJEDA**

**MEXICO, D. F.**

**JULIO DE 1985**



## **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 está 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.

## INDICE DE CONTENIDO

Capítulo	Página
I Introducción	3
II Un marco general para el análisis	9
2.1 La política de gasto público en el sector salud	13
2.1.1 El surgimiento de la seguridad social en México	30
2.1.2 El problema de la escasez de recursos	34
2.1.3 El Estado en el sistema de salud	37
2.2 Concepciones del proceso salud-enfermedad	40
2.2.1 La concepción mágico-religiosa	43
2.2.2 La concepción biologicista	48
2.2.3 La concepción ecológico-sanitarista	51
III El modelo tradicional de economía del bienestar aplicado al sector salud	60
3.1 Criterios para medir la eficacia y la eficiencia	61
3.1.1 Los conceptos	61
3.1.2 El análisis costo-beneficio en salud	72
3.2 La teoría de la economía del bienestar	87
3.2.1 Algunos elementos fundamentales de la teoría de la economía del bienestar	89
3.2.2 El modelo de economía del bienestar en el sector salud	102
IV La eficacia y la eficiencia en el sistema mexicano de salud, 1976-1982	124
4.1 Organización del sistema de salud	126

Capítulo	Página
4.2 Racionalización del sistema de salud	151
4.3 El sistema mexicano de salud en la crisis	179
V Conclusiones y recomendaciones	188
Referencias bibliográficas	206
Anexo estadístico	213

## CAPITULO UNO

### Introducción

En el presente capítulo haremos una presentación general del objeto de estudio de esta tesis. Hacemos mención de las investigaciones antecedentes, definimos el problema a tratar y presentamos algunas hipótesis, la importancia y, la perspectiva y limitaciones del estudio.

México tiene tradición histórica en su cultura médica. Hacia mediados de la década pasada, con la crisis del modelo de prestación de servicios de salud hay un boom de estudios producto de la aplicación de las ciencias sociales a la salud. En la Universidad Autónoma Metropolitana -Unidad Xochimilco, surge un grupo de investigadores que impulsa la "... búsqueda de contenidos para las categorías proceso salud-enfermedad y respuesta social al proceso salud-enfermedad." (Almada,1985:32). \* Una veta de estudio ha sido la salud en el proceso de trabajo, no encerrándose en el ámbito de la fábrica, sino viendo sus implicaciones para toda la sociedad.

En la tesis que presentamos se hará referencia en varias ocasiones al estudio de COPLAMAR (1982), trabajo que no

-----  
\*Nota metodológica. Cuando citamos textualmente aparece entre paréntesis el apellido del autor, el año de la publicación y la página; cuando parafraseamos, sólo aparece el apellido del autor y el año de la publicación. Las referencias bibliográficas se encuentran al final de la tesis en orden alfabético.

aprovechamos del todo, pero que fue básico para desarrollar algunas de las principales ideas que se vierten en los siguientes capítulos.

La necesidad de dar racionalidad al sistema de salud en México se ha transformado en acciones de investigación, seminarios con experimentados evaluadores internacionales y edición de una creciente bibliografía en los últimos años. La investigación bibliográfica que llevé a cabo en las principales librerías y bibliotecas relacionadas con el tema muestra este hecho, pues antes del año de 1978 son muy pocos y marginales los estudios que abordan de alguna manera la cuestión de la racionalidad y la preocupación por el incremento del gasto en salud.

Cualquier estudio globalizador de la economía del sistema de salud tiene que hacer referencia al Estado, pues éste, es el principal protagonista en el área de la salud en nuestro país. Hasta la fecha, como señala Almada (1985) en su reseña bibliográfica, sólo se dispone de algunos trabajos sobre gasto público, que desafortunadamente abarcan un corto periodo: López (1980), Correa (1981), y Laurell y Enríquez (1978).

El desarrollo del estudio de la economía en la salud se ha hecho fundamentalmente en referencia a la industria químico-farmacéutica, tema que no desarrollamos aquí debido a limitaciones de tiempo y espacio. Otro tema muy interesante, pero tal vez menos importante es el de la atención médica privada; tampoco lo desarrollamos, aunque mucho de lo que se di-

ce en la segunda parte del tercer capítulo se le puede aplicar. No obstante presentamos la siguiente hipótesis como propuesta para una futura investigación: La racionalidad capitalista en la producción y distribución de especialidades farmacéuticas impiden que haya una relación funcional entre las principales causas de morbi-mortalidad y los principales fármacos vendidos, condicionándose así, la eficacia y la eficiencia de los programas y de todo el sistema de salud.

La necesidad de medir la eficacia y la eficiencia, además de otras medidas organizativas de racionalización del sistema de salud surgió al constatarse un hecho: el incremento escandaloso del gasto público en servicios de salud. La preocupación se extendió del campo de la medicina hacia otras áreas de investigación; sociólogos, economistas y actuarios han empezado a preocuparse por el tema y han dado los primeros pasos en el conocimiento de la materia.

Sin embargo los avances han sido mínimos. Se ha constatado un intento por traducir y/o importar literatura que se refiere al tema; el esfuerzo se ha hecho desde el lado de la sociología médica fundamentalmente. A.C. Laurell \* ha problematizado la relación salud economía, pero los avances, desde mi punto de vista, han sido muy modestos.

Uno de los problemas fundamentales es que los médicos saben poco de economía y, los economistas saben poco o nada

-----  
\* Ver índice bibliográfico.

de sistemas de atención médica y otros problemas relacionados con la salud. La implementación de estudios de posgrado que intentan salvar esta situación es reciente y muy limitada. En la Facultad de Medicina de la UNAM y otras instituciones se llevan a cabo cursos y seminarios sólo para médicos y personal médico. No se ha entendido cabalmente que la cuestión de la salud es un desafío multilateral que debe ser abordado desde diferentes perspectivas y puntos de vista.

El problema al que nos abocamos en este estudio es el de la eficacia y la eficiencia en el sistema de salud; por lo que lo primero que nos planteamos es saber qué es la eficacia y la eficiencia, cómo la entienden los estudiosos del tema. Una vez definidas nos encontramos con problemas para medirlas, esto fundamentalmente tratándose de la eficiencia. Aquí desarrollamos los problemas relacionados con la medición de los beneficios en cuestiones de salud.

Lo que hay detrás del problema de la eficacia y la eficiencia, es la preocupación por dar racionalidad al uso de los recursos en el sistema de salud, pues se tiene la impresión de que hay condiciones potenciales de cubrir las necesidades de salud de la población con otra concepción de la eficacia y la eficiencia, determinada por otra concepción del proceso salud-enfermedad, que implica otro modelo biomédico y otra racionalidad del bienestar.

Es por ello que en la segunda parte del capítulo dos abordamos el problema de las concepciones del proceso salud-

enfermedad. Un problema al que nos enfrentamos en virtud del enfoque y nivel de análisis de la tesis es el de dar o no la categoría de modelo a todas o algunas de las concepciones del proceso salud-enfermedad. Al respecto diremos que según Churchman (1966) un modelo científico es una representación de alguna materia de estudio y es utilizado con fines de predicción y control; es además, una formulación incompleta de cierto aspecto de la realidad. Las características principales de los modelos teóricos o conceptuales son: a) fijan el objeto de estudio, b) categorizan el sistema, c) proporcionan explicaciones y, d) generan y desarrollan hipótesis. (Sosa, s.f.)

La hipótesis central de trabajo, algo ambiciosa por cierto, es demostrar, a través del ciclo económico, la falsa eficiencia\* y la limitada eficacia\*\* de los programas de atención a la salud, haciendo una crítica a los criterios y políticas implementados a fin de medir estas variables que buscan evaluar y dar racionalidad al sistema mexicano de salud; esto enmarcado en el periodo 1976-1982.

Otras hipótesis de trabajo muy relacionadas son las siguientes:

1.- No existen ni pueden existir criterios precisos y exactos para medir la eficiencia en la aplicación de los recursos pa-

-----  
\* Minimización de costos, maximización de "beneficios".

\*\* En términos de lograr un objetivo determinado.

ra la atención a la salud. Lo más que existen son formas de organización rígidas, supuestamente eficientes.

2.- En virtud de que los programas de atención pueden ser eficaces pero no eficientes, o bien al contrario, eficientes pero no eficaces, y de la dificultad para medir la eficiencia, razones políticas fuera de toda organización racional, hacen que determinados programas sean eficaces en términos de consecución de algunas metas, aunque para ello se haga un gran derroche de recursos humanos y financieros, o bien, que determinadas formas de atención sean falsamente eficientes, ocasionando consecuentemente el derroche de los "escasos" recursos disponibles.

La importancia de este tipo de estudio se destaca a la luz de la crisis económica que tiene visos de quedar entre nosotros por muchos años, ya que en estas situaciones, como lo dice la experiencia (ver capítulo uno primera parte) y lo veremos en el capítulo cuatro, el Estado reduce el nivel de gasto en salud. Aquí destaca la siguiente hipótesis: dentro de ciertos límites el gasto público puede incrementarse, disminuir o permanecer constante sin afectar la eficiencia de las acciones realizadas.

Por todo ello proponemos que la meta del sistema de salud debería de ser: salud para todos al menor costo posible, lo que requeriría entre otras cosas, un sistema nacional único, integrado orgánicamente, de salud.

## CAPITULO DOS

## Un marco general para el análisis

Este capítulo nos servirá para visualizar la forma en que se organiza el sistema de salud. Prácticamente todos los autores que han estudiado el tema reconocen tres formas básicas en la organización de la atención a la salud en México, a saber: a) las instituciones de seguridad social, b) las instituciones de asistencia social y, c) las instituciones médicas privadas.

Si toda medicina es medicina del trabajo, cobra fundamental importancia el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) pero sobre todo el primero, ya que es la seguridad social orientada a disminuir los gastos de los empresarios por ese concepto, con todo lo que incluye: seguro de retiro, vivienda, salud, recreación, etc.

La salud, entendida en un sentido amplio, incluye todo esto, bajo cualquier forma que se presente: cajas, institutos, fondos, seguros, previsión social, etc. Igualmente cobra importancia la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STyPS) en la medida en que el empleo es la fuente de la seguridad social para los trabajadores y sus familias y, en la medida en que el nivel de ingreso repercutirá en los niveles de salud de la población.

Así, queda claro que el que trabaja a la manera capita-

lista, incorporado a su mercado y a las leyes que lo rigen tiene derecho a la seguridad social; el que no, ya tendrá que ir buscando las instituciones de asistencia social (gratuitas o con cuotas de recuperación) o, en el mejor de los casos, ir a la iniciativa privada, con los médicos particulares y que le cueste, cayendo de cualquier manera en el funcionamiento capitalista, a menos de que algún médico se haya internado en los pueblos atrasados donde efectúe el trueque. Pero queda la alternativa del brujo, el huesero, etc.; ante una necesidad se busca cualquier cosa. Y no es que desdeñemos las formas de atención a la salud "no occidentales", se pueden reivindicar las plantas medicinales, la homeopatía, la acupuntura, etc., lo que llamaremos medicina marginal, y se puede criticar ampliamente la medicina institucionalizada, pero ese no es el objeto del presente trabajo, sino la eficacia y la eficiencia en la atención a la salud con las medidas preventivas y curativas al uso, sirviendo tales críticas sólo para enmarcar nuestro enfoque y retomarlas en la medida de la necesidad.

A través de la política de gasto público se pretende dejar claro el carácter discriminatorio de las instituciones de atención a la salud, y que tienen la función de ser un subsidio para el capital (los empresarios).

Los autores que han logrado cierta profundidad en el análisis de la política de gasto público en el sector salud, se han visto en la necesidad de diferenciar el carácter de

las distintas instituciones de salud, quienes no lo han hecho y toman al sector salud como un todo indiferenciado, han avanzado poco en el conocimiento de las determinantes existentes entre las distintas variables que interactúan y se expresan de una u otra forma en lo que hemos denominado el sector salud.

Además de comprobar esa aseveración y resaltar la importancia que tiene el hacer la diferenciación, nos interesa convencer que la política de gasto público en el sector salud es ta determinada por las necesidades del desarrollo desigual de la sociedad, y condicionada por el discurso político, y que esto se expresa a través de la diferenciación en la forma y la calidad de la atención de las necesidades de salud de la población, según los roles que jueguen en la sociedad.

Me apoyaré en alguno autores que ya han analizado el tema, para respaldar los hechos y situaciones conocidos por los que han puesto su atención en el funcionamiento del sistema mexicano de salud.

Hay una serie de variables que se relacionan con el problema de la medición de la eficacia y la eficiencia, el gasto público es una de ellas; pero el gasto público nos dirá muy poco si no lo relacionamos con otras variables, como son la cobertura por instituciones, el destino específico del gasto, además del análisis de su incremento o decremento como porcentaje del producto interno bruto (PIB) y en comparación con el gasto público en otros sectores. No es nuestro objetivo hacer

un análisis del gasto público en el sector salud con todas las variables con las que se puede relacionar; lo que nos interesa es resaltar las relaciones que nos puedan decir algo con respecto a la eficacia y la eficiencia en el sistema de salud.

Al finalizar el primer apartado, no se debe de considerar que ahí se ha agotado el análisis de la política de gasto público en el sector; el tema se complementa de una manera muy importante con el análisis que se hace en el capítulo cuatro.

En la segunda parte de este capítulo se presentará el modelo biomédico tradicional como una racionalidad capitalista de atención de enfermedades y no de enfermos. El empresario privado sabe que una determinada (o indeterminada) enfermedad esta quitando productividad a su inversión en fuerza de trabajo, por lo tanto necesita de alguien que cure esa enfermedad; ésta se presenta como una enemiga de sus ganancias, no le interesa el trabajador enfermo sino la enfermedad, no le interesa el trabajador sino el trabajo.

El modelo biomédico tradicional concibe al médico en un status social muy especial, lejos de los "simples" asalariados; es probable que el hecho de que algunas grandes empresas, a pesar de tener el seguro social prefieran pagar atención médica privada a sus trabajadores, tenga que ver con dejar a éstos en manos de mentalidades aburguesadas; el mecanismo funcionaría manteniendo enajenados al médico y al enfermo,

aunque se incrementaran los costos de la atención a la salud.

Después de todo es claro que un médico que le dijera al trabajador que sus enfermedades se originan o tienen que ver con una estructura social y una organización del trabajo y que él puede curar una enfermedad momentaneamente pues las causas persisten, estaría cuestionando dicha estructura y organización del trabajo, lo cual por lo menos es incómodo para el capitalista.

En el segundo apartado se da un aparente cambio de tema dentro del mismo capítulo. En realidad, lo que se da, es un cambio en el nivel de análisis. En el primer apartado vemos las formas concretas de organización del sistema de salud, re tomando elementos históricos de la estructura del mismo y señalando la orientación fundamental de la investigación. En el segundo queremos presentar la racionalización del proceso salud-enfermedad que se encuentra detrás de la forma en que se organiza el sistema de salud. De nuevo, es necesario señalar que ahí no se agota el punto, sino que es necesario recurrir al capítulo cuatro.

## 2.1 La política de gasto público en el sector salud.

Como el objetivo de este trabajo es hacer una crítica al intento de evaluar el funcionamiento del sistema de salud a través de la medición de la eficacia y la eficiencia, nuestra variable: gasto público en el sector salud, será utilizada en un determinado sentido, no será el análisis del gasto público

por el gasto público mismo.

Analizarlo por sí solo, es analizar la superficialidad de un problema que tiene muchas implicaciones y determinaciones. Por ello, los autores que intentan estudiar seriamente este problema hacen más o menos relaciones del gasto público con otras variables, como son la cobertura de las distintas instituciones de salud; el gasto público per cápita según tipo de institución, previamente caracterizada; comparación del gasto público en salud con el gasto público en otros sectores, en relación con el PIB, en relación con el presupuesto total del sector público en salud según se dedique a servicios preventivos o curativos, etc.

Todas estas relaciones pueden ser más o menos profundas, más o menos interesantes; lo importante sería no quedarse en las relaciones que llevan a las determinaciones simples en la política de gasto público en el sector salud, sino partir de las determinaciones simples a las determinaciones más complejas, las que explican y dan coherencia a las distintas instituciones del sistema de salud.

La eficacia la definiremos, al igual que otros autores, en términos de metas alcanzadas. "La eficacia de una actividad puede definirse como la medida en que la misma alcanza su propósito." (Testa, 1983:67)

Pero las metas se pueden y se deben cuestionar, no solo porque la composición de las enfermedades se va modificando, sino porque detrás de la definición de las prioridades en las

metas a alcanzar, hay una concepción del proceso salud-enfermedad conforme a la cual se organiza el sistema de salud y que, en una sociedad dividida en clases, expresa los intereses y la concepción de la clase dominante, así como los avances y limitaciones de las clases dominadas.

En la búsqueda de la eficacia, a veces para cumplir compromisos internacionales -con el Fondo Monetario Internacional, la Organización Mundial de la Salud, el Banco Interamericano de Desarrollo o la "Alianza para el Progreso"- puede incrementarse considerablemente el gasto público en el sector salud, esto puede ir acompañado de una gran campaña publicitaria que buscaría alcanzar el efecto de legitimación del Estado ante los ojos de las mayorías.

En su excelente trabajo, Héctor Hernández Llamas (1982) hace una clara relación entre servicios médicos, crédito ejidal y desarrollo agrícola, donde interviene un organismo internacional:

"A fines de 1964, bajo la nueva administración, se les fusionó (a los Servicios Médicos Cooperativos) con los otros programas de la Secretaría en el medio rural, en una situación en la que, por un lado, el dinero para créditos agrícolas, suministrado a México por la "Alianza para el Progreso", era restringido por la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) estadounidense, para otorgar créditos sólo a 'pequeños terratenientes individuales.'" (Hernández, 1982:80)

Laurell y Enríquez (1980) también hacen este tipo de re-

lación, pero para fechas más recientes: "A partir del convenio de Facilidades Ampliadas que suscribió con el Fondo Monetario Internacional en noviembre de 1976, el gobierno mexicano se comprometió a implementar una política económica de corte monetarista, que, en el terreno que nos interesa (la política de salud en la crisis económica: 1976-1978) se ve caracterizada por la restricción del gasto social y la racionalización de la administración pública." (Laurell y Enríquez, 1980:2)

Los ejemplos señalados son una muestra de que las políticas de las instituciones internacionales respecto al sector salud, se dan tanto en el sentido de un incremento del gasto en salud, en tiempos de progreso económico, como en el sentido de una disminución del gasto social en salud en tiempos de crisis.

En los países subdesarrollados el incremento del gasto público en el sector salud a fin de alcanzar eficacia en las medidas de prevención y saneamiento puede tener tres determinantes generales:

a) Legitimar al Estado donde ha sido cuestionada su presencia y hay un crecimiento de la lucha de las clases populares.

b) Cumplir compromisos internacionales con instituciones financieras y de otro tipo, con el fin de proyectar una imagen de progreso en la satisfacción de las necesidades básicas de la población; y

c) Abrir nuevos mercados o zonas económicas como puertos industriales o zonas para la explotación de recursos naturales, lo que requerirá de mano de obra en condiciones en las que se garantice su conservación como fuerza de trabajo útil. Esto es, se requiere de trabajadores con un nivel mínimo de salud y resistencia a los factores causantes de enfermedades.

La separación de estas determinantes sólo es con fines expositivos, pues en los hechos se presentarán combinadas y lograrán sus efectos también en forma combinada.

Por lo tanto, aquí se establece una relación entre el gasto público en el sector salud y la eficacia. La mayoría de las metas a alcanzar son loables, pues precisamente se busca la eficacia para acabar con problemas que se han eliminado en los países desarrollados; por otro lado, una de las condiciones para alcanzar los mínimos de bienestar en el sector salud es el control de las enfermedades epidémicas, estrechamente relacionadas con las medidas de saneamiento y de prevención más generales. El problema es saber si el presupuesto destinado a esas actividades indispensables se gasta eficientemente; el problema no es sólo saber si se alcanzan las metas, es falso el slogan que dice que la salud no tiene precio; el problema es si se alcanza una relación costo-beneficio tal que haya una optimización de los recursos empleados en estas actividades.

Esto por lo que se refiere a los servicios preventivos de salud, el problema es mayor cuando comparamos la relación

atención curativa-atención preventiva con las principales causas de morbilidad en nuestro país.

La forma de distribuir el ingreso confirma el carácter curativo. En 1978 el siete por ciento del gasto en salud se destinó a prevención primaria (vacunas, saneamiento y educación para la salud) y, el 65 por ciento a atención curativa. (Laurell y Enríquez,1980)

La Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud) destinó el 13.5 % de su presupuesto a prevención en 1978; el IMSS dedicó 4.4 % (excluyendo el gasto de seguridad social) al mismo renglón. A medicina curativa el IMSS destinó el 72 %, la SSA el 40 %; y el ISSSTE destinó el 9.5 % a prevención y, el 68 % a medicina curativa. La explicación de la distinta distribución surge del papel que cada institución tiene en la sociedad. (Laurell y Enríquez,1980)

Me atrevería a decir que con un gasto público en servicios de salud per cápita constante se podrían evitar casos de morbilidad en una escala creciente, si la relación entre servicios curativos y servicios preventivos cambiara en forma favorable a estos últimos.

Pero este es precisamente el problema, pues con el se cuestiona toda la estructura institucional del sistema de salud, y con el, los intereses que hay de por medio, y que Mario Testa (1983) así como otros autores llaman contradicciones en el "bloque dominante", contradicciones en el "bloque dominado", y contradicciones entre ambos bloques. (Testa,1983)

Es necesario aclarar más el sentido y alcance que se da aquí a los conceptos de eficacia y de eficiencia en el sistema de salud. La eficiencia la definimos en términos de una relación costo-beneficio.

No es fácil encontrar información disponible de los costos en el sistema mexicano de salud, estos sufren variaciones constantes, y aunque en las instituciones del sector trabajan con esa información, es difícil usarla en una investigación de carácter general sobre el sistema de salud, pues, por otro lado, no hay criterios homogéneos en el sector para medir los costos.

La información sobre los costos es esporádica e incompleta, por ejemplo, se sabe que en el IMSS las prestaciones cubren el 18 por ciento de la masa salarial, repartido de la siguiente manera: 9 % enfermedades y maternidad; 6 % invalidez, vejez, cesantía y muerte; 2 % riesgos de trabajo y 1 % guarderías. "Mientras en el primer caso el costo es del 12 % por lo que hay un déficit de 3 %, en el segundo, su costo es sólo de 2 %, lo que permite tener una reserva técnica para sufragar otras prestaciones." (Boletín # 2, CSS, 1982)

Lo que se acostumbra utilizar, aunque con ello se opaca el problema de por sí opaco de la eficiencia, es el gasto público. El problema a que nos queremos enfrentar aquí, es al de cómo minimizar los costos.

Lo primero que queremos señalar es que "...la mención de costos crecientes en salud hace siempre referencia a los cos-

tos de la atención médica, que es una de las actividades particulares que el sector salud en su conjunto debe desarrollar. Pero la salud es algo más que eso, y no sería difícil demostrar que las actividades de salud que no son atención médica, aunque imprecisas en su definición (¿qué es una actividad de salud?) han incrementado sus costos, digamos en los últimos veinte años, en una magnitud mucho menor que los correspondientes a la atención médica." (Testa,1983:58)

Una verdadera cruzada por la consecución del objetivo de minimizar los costos implica modificaciones estructurales profundas que van más allá de la simple coordinación de actividades que, por lo demás es fácilmente criticable. Algunos de los argumentos que se levantan para justificar la no integración de un sistema nacional y único de salud se pueden arguir para señalar las deficiencias en la coordinación actual del sector.

Por otro lado, la preocupación gubernamental por la falta de coordinación interinstitucional se remonta a la época de la creación de algunas de ellas, con la fundación de comisiones, grupos, gabinetes que se basan en "...una concepción funcional-institucional del Estado, como sujeto. Aunque se reconoce la especificidad de las instituciones no se consideran las medidas contradictorias que las clases y fracciones de clase imponen al Estado. Se ignora el hecho de que no se trata de un cuerpo homogéneo de funcionarios, sino de clases y fracciones que impulsan micropolíticas contradictorias. . .

(Hernández,1982:86)

La situación actual es "...que las instituciones estatales y paraestatales existentes coordinan sólo una mínima parte de sus actividades, lo que significa duplicación de funciones y despilfarro de recursos. ¿Cuáles son las explicaciones oficiales para definir esta situación? Por un lado se invoca la pobreza del Estado...Por otro lado, se afirma que hay razones técnicas que obstaculizan la unificación de los servicios y su extensión a toda la población, que van desde la legislación particular de cada instituto de seguridad social hasta las dificultades geográficas para lograr una cobertura nacional de servicios." (Laurell y Enríquez,1980:2)

Como bien señalan las autoras, estas son explicaciones parciales que soslayan el carácter clasista de los servicios de salud.

Una verdadera estrategia en la búsqueda de la minimización de los costos va más allá del recurso fácil y muy socorrido de restringir el gasto público cada vez que se presenta una situación de crisis; la contraparte de esto sería el incremento del gasto público cuando el Estado quiere recobrar hegemonía perdida.

Pero este recurso deja intacta la estructura irracional del sistema de salud en México. Se actúa sobre un hecho formal, que aparece a los ojos de todos, ocultando el problema de fondo que tiene que ver con toda la organización del sistema y la concepción del proceso salud-enfermedad. (Ver el si-

guiente apartado).

Dentro de ciertos límites el gasto público puede incrementarse, disminuir o permanecer constante sin afectar para nada la eficiencia de las acciones realizadas. Por ejemplo, en el IMSS pueden plantearse "optimizar los recursos" e instituir como norma el que un médico general tenga que atender a X número de pacientes, que la meta sean Y consultas por jornada de trabajo. La consecución de esta meta puede dar la imagen de una racionalización de recursos en la distribución del gasto público, puede aparentar una disminución del gasto público per cápita y, sin embargo, suceder en la realidad lo contrario, un incremento del gasto público per cápita, en tanto los pacientes tengan que acudir constantemente a consulta general, o bien sean atendidos por uno o varios especialistas de un problema que un médico general, con un poco más de tiempo para la auscultación y el diagnóstico hubiera podido resolver.

En el capítulo cuatro se darán ejemplos que refuerzan la existencia de la posibilidad aquí señalada.

En cuanto al subsector privado del sistema de salud, aunque no lo desarrollamos más a fondo, podemos ver que es donde se expresa de una forma nítida la racionalidad capitalista como una inversión a fin de obtener una ganancia que garantice la reproducción y la acumulación del capital invertido; aquí es donde claramente se puede hablar de la industria de la salud, donde además de producirse servicios en las clínicas y

hospitales "super especializados" (hospitales de tercer nivel) y con una dirección netamente curativa, se producen los bienes necesarios y fundamentales en el tipo de atención a la salud que predomina en México para la conservación y reproducción de la fuerza de trabajo y, en general de toda la población; nos referimos a la producción de fármacos, medicamentos y todo el instrumental y aparatos sofisticados que se han ido desarrollando con gran impulso desde mediados de este siglo y cuyo control y desarrollo esta en manos trasnacionales.

"Los países centrales tienen el control de la producción de los dos componentes más importantes en la realización de las actividades de atención médica: medicamentos y equipos de diagnóstico y tratamiento." (Testa, 1983:71)

Testa reconoce la enorme importancia del personal médico, pero como señala, su formación esta cada vez más condicionada por las necesidades que surgen del uso de la tecnología.

Vemos que el capital expresa sus intereses en el sistema de salud mexicano de dos maneras diferentes; como empleador de fuerza de trabajo requiere que esta se conserve en condiciones mínimas aceptables de utilización y que se garantice la reproducción y, como inversionista en la industria de la salud requiere de un mercado para la demanda de sus productos.

En el primer caso se logrará la conservación y reproducción de la fuerza de trabajo al más bajo costo posible a través del sistema de seguridad social, donde compartirá los gastos o costos con el gobierno a través de los subsidios, y con

los trabajadores a través de las cuotas que se les deducen del salario.

Por ejemplo, en 1982 se calculaba que del total del gasto de prestaciones del IMSS (18% de la masa salarial) "...los patrones contribuyen con 12.375%; los trabajadores, con 3.75% y el gobierno, con 1.875%. (Boletín # 2 CSS, 1982).

En el segundo caso veremos que las compras centralizadas del Estado a través del sistema de seguridad social y del sistema de asistencia social (ahora centralizadas) garantizan la ampliación del mercado y la realización inmediata y masiva de las mercancías producidas. Al analizar la distribución del gasto público podremos comprobar las cantidades crecientes que se dedican a la compra de estos productos y las cantidades decrecientes que se dedican a inversión en nuevas unidades clínicas y hospitalarias en distintos momentos y situaciones.

La conservación de la mano de obra de reserva también verá minimizados sus costos, que recaerán sobre toda la población a través del sistema de asistencia social.

María Eugenia Correa (1981) señala el momento y el sentido del cambio en los servicios de salud. La aparición de las instituciones de seguridad social como las de los trabajadores de PEMEX, F.F.C.C., Defensa y Marina, pero sobre todo el IMSS y el ISSSTE, "...la fuerza e importancia que van cobrando en el sector, nos señalan una nueva etapa de los servicios de salud en México. Con su aparición y desarrollo

en los cincuenta y sesenta, los servicios de salud que recibe la mayor parte de la población cambian, cambia su sentido y orientación. Ya no es aquel servicio dirigido fundamentalmente a combatir cierto tipo de enfermedades epidémicas que diezman a la población y pueden poner en peligro la acumulación. Ahora es necesario combatir aquel tipo de enfermedades que merman al trabajador y que le restan facultades para el desempeño diario y cotidiano de su trabajo, aquel tipo de enfermedades que las condiciones del proceso de trabajo capitalista le provocan al trabajador y a su familia.." (Correa,1981:74)

Cabe señalar que según datos de 1978 IMSS e ISSSTE realizan el 79.5% del gasto del sector atendiendo a más del 90% de la población derechohabiente. (Correa,1981; cap. cuatro)

Aunque la tendencia general señalada por la autora es válida, es necesario señalar algunas fallas producto de cierta superficialidad en el análisis. No hace la distinción conceptual entre instituciones de seguridad social e instituciones de asistencia social, en todos los cuadros en que analiza el gasto en servicios de seguridad social incluye a la SSA. En el cuadro 6 en la columna "otros" (pag. 75) se incluye al DIF -institución de asistencia social- con instituciones (PEMEX, FFCC, etc.) que prestan servicios de salud y seguridad social a sus trabajadores y familiares en virtud de la relación contractual de trabajo, no siendo el caso para la SSA y el DIF, que atienden a población "abierta", gratuitamente o con pago de cuotas de recuperación.

Hacer la diferenciación es esencial, pues tiene que ver con el origen de los recursos de las instituciones, su cobertura (flotante o constante) las características de la población atendida y, la diferencia entre el gasto realmente dedicado a servicios médicos y el dedicado a otras acciones de seguridad social, asistencia social, saneamiento, ciencia y tecnología, etc.

Daniel López Acuña (1982) analiza las desigualdades del gasto en salud en las tres principales instituciones. El presupuesto de la SSA de 1968 a 1979, tomando como base los precios de 1968, sólo creció dos veces, menos aun, si lo comparamos con la población que en teoría debe atender. La enorme diversidad de las aportaciones financieras condiciona "...una aplicación ridícula y atomizada de los recursos...se trata de un sistema articulado...repleto de resabios caritativos y criterios de beneficencia." (López,1982:189). La paradoja es que, a la vez opera con barreras de acceso por las cuotas de recuperación que, ni propician el autofinanciamiento, ni facilitan el acceso a los usuarios. En 1971 el veinte por ciento del gasto se financió con cuotas de recuperación. (López,1982)

El IMSS tiene una gran concentración de recursos. "Si bien los recursos propios, es decir las aportaciones obrero-patronales constituyen casi el 90% de los fondos, el 10% restante, aportado por el gobierno federal, es casi la mitad del presupuesto destinado por el Estado a la SSA...el Estado subsidia la reproducción de la fuerza de trabajo calificada y le

concede, proporcionalmente, más recursos que a la atención de los sectores campesinos, del subproletariado y de los desempleados." (López,1982:190-191)

"El puro gasto en salud del IMSS es casi tres veces mayor que el presupuesto total de la SSA, y el gasto en seguridad social una y media veces más grande...el gasto en salud en el IMSS ha ido creciendo, proporcionalmente, con respecto al gasto en seguridad social." (López,1982:191). Esto tiene que ver con la inflación en los insumos y el costo creciente en la producción general de servicios médicos; lo cual ha conducido a un consumo superfluo y un gasto dispendioso en atención médica. (López,1982)

Como señala el mismo López Acuña (1982) y hemos comprobado el ISSSTE en el periodo de 1971 a 1979 vió incrementado su presupuesto por diez, su población derechohabiente sólo se multiplicó por tres; el gasto en salud se multiplicó por cinco, mientras que su gasto en seguridad social se multiplicó por diez (incluyendo los préstamos a corto plazo). Para un décimo de la población que tiene que atender la SSA, se gasta casi la mitad del presupuesto de ésta última en el renglón de servicios médicos. El financiamiento del gobierno federal pasa de 1.5% del financiamiento del ISSSTE al 10% en 1979. (López,1982)

En esta línea, pero más agudizada, se encuentran las empresas públicas y privadas y las secretarías de Estado (Defensa, Marina) duplicando funciones del IMSS y del ISSSTE.

Pero si aquí el problema se explica por la existencia de diferentes relaciones contractuales, la duplicación de funciones de asistencia social es más absurda con la existencia de servicios médicos del Departamento del Distrito Federal (DDF) del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y del Instituto Nacional Indigenista (INI) además de la SSA.

Otra forma de comprobar la concentración de los recursos económicos es analizando el gasto per cápita en salud. Esto es, dividimos el gasto ejercido de cada institución entre su población derechohabiente en el caso de la seguridad social, y entre la población a cubrir en el caso de las instituciones de asistencia social. El gasto per cápita para salud del IMSS es seis veces mayor que el de la SSA, y el del ISSSTE es cuatro y media veces mayor.

Ahora presentamos algunas conclusiones que se desprenden del análisis hecho por Correa (1981). Observando el sentido del gasto, para los años 1965-1975 y 1976, se ve que: 1.- La SSA desde 1945 destina la mayor parte de su presupuesto, ya no a sanidad, sino a transferencias y subsidios, que se destinan en su mayor parte a prestar servicios de tipo curativo; 2.- El IMSS y el ISSSTE, pero sobre todo el primero, dedican parte importante de su presupuesto al pago de sueldos y salarios; 3.- El IMSS dedica parte importante de su presupuesto a liquidación de pasivos, lo que lo convierte en demandante de liquidez al sistema bancario; 4.- El ISSSTE y en menor medida

el IMSS son "prestamistas" para algunos sectores de trabajadores; 5.- Las tres instituciones SSA, IMSS e ISSSTE destinan parte importante de su presupuesto a compras. En 1970 el IMSS y el ISSSTE demandaron más del 25% del valor de la producción de la industria químico farmacéutica; 6.- Son, también, demandantes importantes de los monopolios de la construcción, industria textil, papel, química básica, electricidad, automotriz, etc. (Correa, 1981)

Tratando de completar esta visión histórica del destino del gasto del sector salud, agregaremos que hay problemas por falta de información sobre el destino específico del gasto. El presupuesto por programas sólo se traduce a la apertura programática para cumplir con requisitos contables y de control central. Los criterios de traducción y prorrateo son muy discutibles.

En 1971 los motivos principales del gasto fueron sueldos 60%, y los medicamentos, casi 20%. En 1978 la SSA destinó sólo el 11% de su presupuesto para inversión, casi todo se dedica a atención curativa y administración, y muy poco a atención preventiva y saneamiento. El IMSS el mismo año, destina sólo 5% para inversiones. El 65% de su presupuesto se destina a salud, y el 35% a seguridad social. El ISSSTE contempla un 45% de gastos de capital; asigna 18% de su presupuesto para gasto en salud, 68.7% para seguridad social y 8.9%, una cifra elevada para administración central. López Acuña (1982) presenta esta información del Segundo informe presidencial de

López Portillo (1978).

Si con las cifras del gasto en sueldos y medicamentos, consideramos que la formación del personal esta cada vez más condicionada por las necesidades que surgen del uso de la tecnología, concluiremos que los medicamentos y el equipo de diagnóstico y tratamiento son dos componentes muy importantes en la realización de las actividades de atención médica, aunque para el caso de México, dada su estructura de morbilidad, no deberían de ser tan importantes.

#### 2.1.1 El surgimiento de la seguridad social en México.

Para completar el cuadro presentamos algunas consideraciones en torno al surgimiento de la seguridad social en México. En esta parte nos basamos fundamentalmente en Héctor Hernández Llamas (1982).

En los años cuarentas la creación de la infraestructura hospitalaria, la promulgación de la ley del seguro social y la creación de hospitales e institutos especializados, reforzando la hegemonía política ideológica del bloque dominante, consolidan la atención médica como gestión estatal. Las instituciones médicas adquieren importancia como espacios de poder por su papel en las relaciones entre los grupos sociales, y no solo como instrumentos de poder. (Hernández,1982)

Incluso se hace un Plan Nacional de Hospitales, que encuadraba con el impulso que el Estado quería dar a la industria de la construcción, sin embargo muchos hospitales se que

daron en proyecto, otros "...no fueron dotados del equipo ni personal necesario. Tal deficiencia se debió a las modificaciones del gasto público que se hicieron en administraciones posteriores, las cuales se pusieron en vigor en función de algunos cambios en la forma en que se estimó que el Estado debía encarar el problema de las relaciones entre el sistema económico-político y los problemas de la salud."

(Hernández,1982:62)\*

El texto de la ley del seguro social revela el propósito de garantizar el mantenimiento y la recuperación de la fuerza de trabajo de determinados sectores de la industria, y la creación de fondos monetarios para el financiamiento "...de la industria de la construcción, la fabricación de equipo médico y la química farmacéutica, a cuyo objeto se impuso un sistema compulsivo de ahorro a través de las cuotas obrero-patronales, sujetos a un régimen de capitalización."

(Hernández,1982:63)

Con la crisis de 1947-1949 se afectaron las fuentes de financiamiento de la SSA. En 1947 y 1948 dispuso de sólo 5 y 3 millones de pesos respectivamente para obras hospitalarias, inferior a los 60 millones de pesos anuales de años anteriores, esto llevó a la suspensión de la construcción del Centro Médico Nacional; lo que se resume en el bajo nivel de gasto público federal destinado a la SSA. (Hernández,1982)

-----  
\*Para una información más amplia ver Alvarez et al,1960.

Los intentos por modificar las características organizativas del IMSS terminaron en el fracaso: el recurso de subrogar estaba ligado al régimen financiero, dado el atraso de la infraestructura pública y privada, el único camino era el régimen de capitalización. En Monterrey los propios médicos y empresarios solicitaron la cancelación de los contratos de subrogación.

En el sexenio de Ruiz Cortínez y los primeros años del de López Mateos hay una lenta expansión de la atención médica estatal. "El gasto público federal (GPF) en salubridad y asistencia de 1951 a 1955, se mantiene por debajo de los niveles observados desde los últimos años del cardenismo...Durante el sexenio 1953-1958, la ampliación de cobertura del IMSS es lenta." (Hernández,1982:75). Los fondos ejercidos por la SSA están por debajo de los proyectados en los años que se singularizan por la gravedad de la crisis: 1939,1948,1949 y 1953.

Esto se debe a que: el IMSS había logrado sus objetivos más importantes; hubo modificaciones en el bloque en el poder con un retroceso de fracciones de la burguesía nacionalista que tuvo un papel importante en la implantación del seguro social; por otro lado, las luchas populares se centraron en el aspecto salarial. (Hernández,1982)

Hasta 1952 "...aproximadamente dos terceras partes de las reservas (del IMSS) se habían destinado a la construcción y equipamiento de hospitales... En los siguientes seis años, 1953-1958, sólo se destinaron aproximadamente 200 millones de

pesos a la construcción de unidades médicas, y una cantidad similar se invirtió en la edificación de unidades habitacionales. Sin embargo, se erogaron más de 477 millones de pesos en productos farmacéuticos, convirtiéndose así el IMSS en el principal comprador de estos productos en el país.."

(Hernández,1982:76-77)

Ante el movimiento obrero de fines de los cincuentas y en un ámbito internacional que significó financiamiento externo para obras públicas (vía "Alianza para el Progreso" de E. U.A.) se crea el ISSSTE incrementando el número de derechohabientes y ampliando los servicios médicos. Entre 1960 y 1964 se incrementan también las instituciones y el número de derechohabientes del IMSS, se incrementan las instituciones de asistencia social, se crea el INPI.

La evaluación de la Inversión Pública Federal (IPF) que se dedica a bienestar social sexenal que hace López Acuña (1982) arroja los siguientes resultados: en los cuarentas y los cincuentas es el 10% de la IPF, con López Mateos se incrementa, con Díaz Ordaz hay una disminución, con Echeverría en un movimiento sigzagante se vuelve a incrementar, y de 1977 a 1979 hay un decremento hasta situarse en los niveles de los años cuarentas.

La inversión en hospitales y centros asistenciales en 1977 y 1978 fue 50% de lo invertido en 1973. "Los pocos datos accesibles hacen ver que, desafortunadamente, la inversión en hospitales y centros asistenciales se ha dirigido a la cons-

trucción de grandes hospitales de concentración y centros médicos especializados, cuando las necesidades fundamentales en materia de unidades médicas corresponden a centros de contacto primario, o consultorios en el medio rural, suburbano y urbano capaces de resolver los problemas básicos de salud de la población." (López,1982:180-181). El colmo, dice López A. son los centros de diagnóstico automatizado, de alto costo, poca utilidad y gran consumo superfluo de tecnología transnacional.

#### 2.1.2 El problema de la escasez de recursos.

López A. (1982) comparte con otros muchos autores la tesis de la escasez de los recursos para la salud, de la cual desprende la necesidad de asignar mejor los recursos y aumentar la eficiencia y la productividad. "La insuficiencia de los recursos económicos para la salud y la seguridad social en nuestro país es un hecho reconocido." (López,1982:191)

Pero cabe hacerse una serie de preguntas: ¿Porqué escasos, cómo se hace la medición, en comparación con qué o con quiénes; en términos del desarrollo capitalista de la atención médica? Esto obviamente tiene que ver con la concepción del proceso salud-enfermedad, de lo que se entiende por salud y enfermedad en un momento y lugar determinado.

Comparto la forma de abordar el problema que hace A.C. Laurell (1980): "Preguntarse sobre cuales serán las condiciones de salud en México durante los años ochenta, involucra de entrada una definición respecto a cómo entender la determina-

ción del proceso salud-enfermedad en la sociedad." (Laurell, 1980:89)

No es que sostenga que los recursos no son escasos. Además de la necesidad de hacer la distinción entre atención médica y salud "...cuando el estado de las ciencias médicas y otras variables que influyen en el estado de salud de la población se mantienen constantes, la contribución marginal de la atención médica en las naciones modernas, es muy pequeño". (Fuchs, 1979).

Esto se da cuando hay una cantidad básica de recursos. Aquiles Lanza (1983) dice que se deben enfrentar las tendencias que parten del supuesto erróneo de que los recursos no son escasos, negando la "ley de los retornos decrecientes".

Sin embargo existen casos en que los recursos no llegan ni de cerca a satisfacer las necesidades más elementales de la población. Lanza (1983) señala la existencia de un hecho que agudiza el problema de la escasez de los recursos, y es que los profesionales del sector influenciados por el avance tecnológico, pretenden incorporarlo, generando capacidad ociosa e ineficiencia.

En ninguno de los trabajos sobre gasto público en servicios de salud y seguridad social que revisé, sea por limitaciones de espacio, por diferencias de enfoque o por tratarse de una primera aproximación al problema, hay un análisis profundo.

Sólo se analizan las tendencias más generales: si crece

o no crece en relación con otros años y, como porcentaje del PIB y por institución. No se relaciona (sólo se menciona a veces) con las principales causas de enfermedad y muerte, ni con el número de personal médico, camas y otros medios materiales por habitante, ni la accesibilidad, grado de utilización efectiva y área de influencia real. No se miden los efectos de la inflación sobre los costos de los materiales; se menciona que ha crecido el porcentaje del gasto que se dedica a pagar sueldos, pero no se ve en que tipo de personal, no hay un desglose en personal médico, paramédico, etc.; cuestión esta de gran importancia para una estrategia en la formación de recursos humanos. Por todo lo que no dicen, el análisis del gasto público en salud y seguridad social es superficial o muy general.

El análisis que hace COPLAMAR (1982) es mucho más completo, pero ahí, no hay un análisis sistemático del gasto público en el sector.

A partir del tipo de relaciones que proponemos que se hagan, se podría hacer un acercamiento más objetivo a la tesis de la escasez de los recursos para la salud, tesis que probablemente sólo se debería admitir para determinados recursos materiales, pero sólo después de hacer las relaciones aquí propuestas y de evaluar la ciencia y la tecnología disponible, incluyendo aquí la herbolaria, la homeopatía, etc., es decir la medicina marginal; después de una evaluación no ideologizada de la misma.

### 2.1.3 El Estado en el sistema de salud.

Como hemos observado, la organización del sistema de salud en tres subsectores básicos es una estructura estrechamente ligada al desarrollo económico y a los intereses de las clases sociales en pugna; es una expresión de poder y de fuerza, donde el Estado tiene un papel fundamental, no solo como mediador de los intereses en pugna, sino que además de ello, en tanto que es un aparato que lo legitima ante las masas y le da hegemonía.

Bastan algunos ejemplos y la remisión a los autores que se citan. Hernández Llamas (1982) al hacer patente el propósito selectivo de la ley del seguro social señala que "El haber logrado la incorporación inmediata de sus familiares al seguro social, representa un importante triunfo de los trabajadores, al imponer al Estado y la clase patronal un objetivo más amplio para la institución." (Hernández,1982:65) En la ley se hacía omisión de los costos derivados de la inclusión de los familiares.

El Estado mexicano (el ejecutivo en concreto) se reservó el derecho para interferir en las organizaciones de trabajadores y patronos, ejerciendo un alto grado de control a través de las comisiones tripartitas "...que intentan hacer converger los intereses interclasistas y evitar las confrontaciones de clase." (Hernández,1982:68)

La seguridad social surge de la lucha de los trabajadores, pero "...no expresa necesariamente una comprensión clara

de las relaciones entre el trabajo, las condiciones de vida y la enfermedad, sino reproducen más bien la concepción de la sociedad burguesa acerca de la enfermedad como un fenómeno biológico individual.." (Laurell y Enríquez,1980:6). El capital también tiene sus intereses, pues la enfermedad interrumpe el proceso de trabajo. Necesita un control, reglamentar lo que es enfermedad y restituir la capacidad productiva tan pronto como sea posible. En la seguridad social coinciden y chocan dos intereses: "responden a las demandas obreras, (pero) su organización interna resulta funcional a las necesidades del capital." (Laurell y Enríquez,1980:6)

Cabe una advertencia, no cualquier forma de salud por el pueblo es una política de salud "progresista" (Testa,1983), las denominaciones populares de los programas de extensión (médicos descalzos, guarachudos, etc.) no identifican la política real si la población no tiene acceso orgánico al manejo de recursos y decisiones.

En cuanto al papel del Estado: "...la crisis política y al auge de las luchas populares dibujan para el Estado la necesidad de utilizar a los servicios de salud para el fortalecimiento de la hegemonía y como una medida concreta reivindicativa concedida a las masas populares." (Laurell y Enríquez, 1980:2)

Correa (1981) afirma que hacia los años cincuenta cambia el destino, objetivos y funcionalidad del gasto en salud, haciéndose "...necesaria la participación del Estado que a su

vez asume dichas funciones de la manera más conveniente para el capital monopolista y como instrumento de dominación y legitimación ideológica y política." (Correa, 1981:66)

En cuanto a la comparación del gasto público o de la inversión pública federal con otros organismos del sector público que hacen algunos autores como Correa (1981), López (1982), cabe señalar que las diferencias con los otros organismos del sector público tienen importancia sólo si se comparan acciones directas sobre la salud con las acciones indirectas, ya que se puede alegar que la inversión en agricultura, comunicaciones, etc., es condición para alcanzar mayores niveles de salud; el problema sería de la racionalidad organizativa de la producción agrícola e industrial y del sistema de educación pública que, en efecto tienen gran importancia para la salud de la población. Por otro lado, aquí existe el peligro de caer en una visión "burguesa" de la salud, su premisa sería: el "desarrollo" capitalista trae salud, como si antes o sin desarrollo capitalista no hubiera salud.

Así pues, el gasto público en salud y seguridad social jugará en favor de uno u otro interés, según la posición de fuerza de cada actor en cada momento de la lucha social.

¿Cuál es el nivel de gasto público apropiado? No puede haber una respuesta generalizable. No existe un nivel general de gasto en salud apropiado; depende de las metas que se propongan alcanzar y de las características de la población objeto del programa de salud, de la estructura demográfica de la

población, de su estructura de morbilidad y mortalidad, del peso o prioridad que se da a los servicios preventivos sobre los curativos, pero fundamentalmente de la concepción que se tenga del proceso salud-enfermedad y la correspondiente organización del sistema de salud.

Una alternativa real significa un rompimiento con la conceptualización tradicional del proceso salud-enfermedad; implica un cambio en la percepción y conceptualización de los fenómenos que tienen que ver con el proceso salud-enfermedad. Es obvio, por lo tanto, que hay que asignar "mejor" los recursos y aumentar la eficiencia y la productividad; el problema es: qué entendemos por una asignación mejor de los recursos, por eficacia, eficiencia y productividad.

## 2.2 Concepciones del proceso salud-enfermedad.

Medir o intentar medir la eficacia y la eficiencia en la atención a la salud tiene que ver con la concepción del proceso salud-enfermedad, con lo que la sociedad entiende por normal y, como consecuencia lo que se clasifica como enfermedad.

Cuando se le cuestiona a fondo, queda claro que el objetivo de la medicina, aunque lo parezca, no es una obviedad. Cada sociedad tiene sus propias enfermedades y, en una sociedad se puede considerar como patológico lo que en otra se considera normal.

Sin embargo, es claro que las barreras que antaño separaban a unas sociedades de otras se han ido derrumbando con el

enorme desarrollo de la ciencia y la técnica en el campo de las comunicaciones y el transporte.

El conocimiento de los "modelos" de atención a la salud existentes sirve para encuadrar y dar cierto orden al inmenso caos de los distintos enfoques y estrategias de atención a la salud. Por otro lado, para aplicar el modelo tradicional de economía del bienestar al sector salud es indispensable caracterizar el modelo biomédico de bienestar que se trata de alcanzar, con el cual, por otro lado, se evalúan las acciones del sistema de salud.

Con este apartado se dan los primeros pasos para comprobar la siguiente hipótesis: los modelos biomédico tradicional y, de economía del bienestar, como racionalidad de organización del sector salud se han tratado de aplicar en México; esto ha impedido el acceso de toda la población a condiciones de salud aceptables, cuando se esta en condiciones potenciales de cubrir esa necesidad, con otra concepción de la eficacia y la eficiencia, determinada por otra concepción del proceso salud-enfermedad, que implica otra organización de la atención.

Entre los pocos estudios (en español en la ciudad de México) que abordan el problema de las concepciones o niveles de análisis del proceso salud-enfermedad,\* el elaborado por el equipo de investigadores de COPLAMAR (1982) hace una cla-

-----  
\*La clasificación en modelos o concepciones del proceso salud-enfermedad se basa fundamentalmente en: COPLAMAR, 1982; Jores 1981; Rojas, 1982; Sanginés, 1979; y San Martín, 1975.

sificación en cuatro tipos: 1) mágico-religioso-empírico; 2) biologicista-positivista; 3) sanitarista y 4) biológico-social-histórico. El primero no se desarrolla, sólo se menciona; el segundo es criticado ampliamente, basándose en un conocimiento vasto de la bibliografía existente. Al tercero se le dedican unos cuantos renglones y, el cuarto se pretende presentar como alternativa de atención a la salud; en este punto, en realidad lo que se hace es retomar las críticas al modelo biomédico tradicional (biologicista-positivista) y presentar una alternativa de cobertura universal para el año 2000 de atención a la salud en México, criticable por dirigirse fundamentalmente a la población marginada, sin abarcar en la estrategia los cambios necesarios en el sistema actual de salud, a pesar de los méritos del diagnóstico general.

Rojas Soriano (1982) en un estudio ortodoxo marxista, olvida por completo la atención mágico-religiosa de la enfermedad; hace referencia a tres niveles de análisis del proceso salud-enfermedad vinculados entre sí: 1) unicausal, es decir el que aquí identificamos como el modelo biomédico tradicional y COPLAMAR (1982) llama biologicista-positivista; 2) el multicausal, que no es otra cosa que el sanitarista. Es el que se enseña en la Universidad en los gruesos volúmenes de administración de la salud de San Martín (1975), Hanlon (1973), Coe (1973), Sonis, et al, (1976); 3) al igual que los investigadores de COPLAMAR, pretende presentar un modelo alternativo, pero en este caso, en la perspectiva teórica del **materialismo histórico y dialéctico**.

En un estudio con menos pretensiones que los anteriores, Arthur Jores (1981) reivindica el nivel mágico-mítico de atención a la salud, hace una crítica interesante y bien fundamentada al nivel "mental-racional" en el que se ubica la actual forma de atención y concepción del proceso salud-enfermedad. Con estos elementos elabora líneas sobre el futuro de la medicina para pasar al nivel de "integrar en un todo los elementos perdidos en la degeneración racionalista."

Agustín Sanginés (1979) hace un estudio de la práctica médica indígena e indigenista, donde caracteriza la concepción de la salud-enfermedad de la formación económico social mesoamericana, como una mezcla de religión, magia y ciencia.

Una vez ubicadas las fuentes bibliográficas en las que basaremos el análisis de los modelos, concepciones o niveles de análisis del proceso salud-enfermedad, pasamos a definirlos poniendo énfasis en el modelo de la racionalidad capitalista de organización del sector salud.

### 2.2.1 La concepción mágico-religiosa.

De acuerdo con Hernán San Martín (1975) la enfermedad es el resultado de la inadaptación interna (fisiológica) y externa (física o social) frente al ambiente. La enfermedad clínica (sintomatológica) constituye el grado extremo de la adaptación biológica.

Agustín Sanginés (1979) habla del concepto salud-enfermedad como un proceso social, determinado por el lugar que ocu-

pa el individuo en el proceso productivo. Esta determinación social va a manifestarse en el organismo biológico de los individuos, lo que será percibido de diferente manera de acuerdo a la concepción ideológica que se tenga sobre el proceso salud-enfermedad.

Estas son dos formas diferentes de concebir la enfermedad, en una se habla del proceso salud-enfermedad, donde se manifiesta lo biológico a través de una determinación social, en la otra lo fundamental es la desadaptación biológica frente al medio ambiente. Las respuestas a la salud-enfermedad también serán diferentes.

Definir la enfermedad para la concepción mágico-religiosa, parece algo más difícil que hacerlo para la concepción ecológico-sanitarista, o para la que considera los elementos biológicos, sociales e históricos, pues lo mágico y lo religioso se contraponen a lo científico. Sin embargo, haremos una presentación de esta concepción, con el fin de dar elementos que enriquezcan nuestra visión del proceso salud-enfermedad.

La enfermedad es anterior al hombre en la historia del universo "...se han comprobado casos de fracturas, enfermedades parasitarias, periostitis,...en los dinosaurios, plesiosaurios y otros animales de la Edad Mezozoica." (Romo,1977:9) Por lo tanto, es muy probable que el hombre haya aprendido a curarse observando a los animales; pero, en el estado primitivo en que se encontraba es claro que no pudo explicar la

naturaleza y el origen de la enfermedad.

"Por eso buscó esa explicación en fuerzas sobrenaturales que se vinculaban al cuerpo extraño en forma secundaria, que tomaban el aspecto de factores extraterrenos, que reemplazan a la emanación natural con una emanación mágica, y la medicina entra en la faz animista y pronto será superada mediante la teoría de que la enfermedad es el resultado de un castigo o la expresión de una prueba exigida al cuerpo por alguna divinidad. De este modo lo físico del sufrimiento se vinculó a lo moral de la divinidad." (Romo, 1977:10-11)

"La medicina adoptó un carácter mágico...el hombre no estuvo muy seguro de sus propias fuerzas en esta lucha desigual contra espíritus invencibles y fuerzas sobrenaturales." (Romo, 1977:11). Brujos magos, hechiceros y adivinos fueron los primeros médicos en Egipto, Babilonia, India, Grecia, Roma y Mesoamérica. La curación mágico-religiosa se recoge en los textos que hablan de la antigüedad.

A través de estos pasajes vemos que lo mágico y lo religioso están muy vinculados con las primeras etapas de desarrollo de la humanidad, cuando se sabía poco o nada de los factores causantes de la enfermedad y la muerte.

Sanginés (1979), retomando a Saustelle (1956) y a Florescano (1971) señala que en mesoamérica la concepción del proceso salud-enfermedad se presenta como una mezcla inseparable de religión, magia y ciencia, predominando los dos primeros aspectos. El pensamiento y el culto religioso está in-

timamente ligado a la producción agrícola, la tarea del hombre en la tierra no era realizar su vida individual; sino contribuir a preservar el orden cósmico, y a través de él, el de la colectividad a la que pertenecía.

La práctica curativa se estructuraba conforme a las cuatro grandes causas de enfermedad: a) Castigo divino; los médicos que trataban los castigos de los dioses debían tener una aceptación religiosa, conocimientos de la cosmovisión y teología; b) Magia; causada por los nahuales, era curada por los nahuales benignos; c) Hechos naturales; los que atendían esta causa de enfermedad tenían un menor conocimiento religioso, pero mayor repertorio quirúrgico y medicinal y, d) Predestinación; atendida por los astrólogos. Antes de llamar al especialista se llamaba a un diagnosticador y, además existían los médicos puramente prácticos y las parteras. (Sanginés, 1979)

A través del ejemplo queda claro que este "modelo" de atención y concepción del proceso salud-enfermedad tiene coherencia con el entorno social que la hace ser eficaz en tanto concuerda con la cosmovisión mesoamericana, y eficiente en tanto hay una organización de la atención conforme a las causas de la enfermedad.

Cada época histórica presenta enfermedades particulares. "Al nivel mágico-mítico las enfermedades parasitarias e infecciosas desempeñan el papel predominante. Las enfermedades que son tan frecuentes en nuestra civilización actual, tales como la úlcera de estómago y la hipertensión arterial, apenas se

presentaban entonces. En las estadísticas sobre las causas de la mortalidad de fines del siglo pasado las enfermedades infecciosas figuraban en primer lugar. Hoy han retrocedido muchos lugares estas causas de mortalidad; (el autor se refiere principalmente a los países desarrollados) el primer puesto lo ocupan ahora las enfermedades del corazón y del aparato circulatorio." (Jores,1981:27)

"Un placebo es un preparado desprovisto de sustancias activas con el que se sustituye un medicamento para evaluar la parte de sugestión psíquica del efecto de éste o destinado a hacer efecto por sugestión." (Hachette-Castell,1981). Para Jores (1981) los placebos significan una recaída en el nivel de curación mágica, pues no tienen una comprobación científica, y sin embargo, los placebos al igual que la psicoterapia son probadamente efectivos para curar algunas enfermedades. Es por ello que el nivel mágico-religioso o mágico-mítico de atención a la salud tiene interés actual.

El efecto placebo hace claras dos cosas: i) que parte de los éxitos de la medicina moderna tienen una base precientífica y, ii) el papel de ciertos factores no tenidos en cuenta por la medicina institucional. (Jores,1981)

Los métodos marginales son aquellos "...métodos curativos cuyo valor científico no ha sido probado, que en parte proceden de la medicina popular, en parte han sido importados de China, tales como la acupuntura.." (Jores,1981:47).

Ante el fracaso de la medicina occidental para curar mu-

chas enfermedades, muchos médicos practicantes, nos dice Jores (1981) se ven en la necesidad de usar los métodos marginales -acupuntura, homeopatía, etc.- que son producto de ideas teóricas no probadas aún, donde el factor mágico terapéutico tiene un gran papel.

Es necesario hacer una valoración y explicación más profunda del nivel de atención mágico-religioso-empírico. Se ha tomado conciencia de esta necesidad y se han empezado a dar pasos en ese sentido en nuestro país que tiene una gran tradición herbolaria y donde, por la falta de integración al mercado de atención curativa institucional se han preservado los métodos indígenas de atención. Aunque todavía se escucha la campaña de que si tiene una enfermedad o padecimiento no haga nada y consulte al médico institucional, al reconocido oficialmente por la academia.

### 2.2.2 La concepción biologicista.

En esta concepción se expresa de la manera más pura la racionalidad capitalista de organización del sector salud. El objetivo de este tipo de medicina es la atención de enfermedades y no de enfermos.

Esta concepción del proceso salud-enfermedad tiene vigencia en más países de los que se cree, pues como se verá, el modelo ecológico-sanitarista, no es más que una variante que intenta cubrir las deficiencias obvias de la concepción biologicista que ahora analizamos. Con todo, este es el "modelo"

que se aplica en la atención curativa en los Estados Unidos de América, que descansa en manos privadas en torno al hospital de especialidades; sin embargo, a pesar del discurso individualista, el saneamiento y la previsión social tienen que tener su base de sustentación en la colectividad.

La sustentación teórica de esta concepción descansa en los trabajos de Ehrlich, Koch y Pasteur fundamentalmente; en la búsqueda microscópica de los agentes causales de las enfermedades y posteriormente, por medios cada vez más complejos, la descripción tisular-celular-subcelular de la fisiopatología. Partiendo de una visión del organismo humano fragmentado en órganos, aparatos y sistemas, ofrece una reparación del daño, atención curativa más que preventiva; orienta sus acciones a individuos y no a comunidades. (COPLAMAR, 1982). La subespecialización y, por consiguiente, la fragmentación del conocimiento ha favorecido la concentración social y gremial del saber médico con la concomitante concentración del poder.

Prácticamente todos los estudiosos del tema consideran que esta concepción se estableció como corriente dominante del saber y la práctica médicos en la segunda mitad del siglo XIX. En cambio es más difícil situar sus orígenes.

Jores (1981) retomando el esquema de los estadios evolutivos de la humanidad conforme a su progresivo aumento de conciencia de Jean Gebser (1949) sitúa los orígenes de la medicina actual en el renacimiento, "época mental" en la que comienza el desarrollo racionalista. En ese mismo momento comienza

también el desarrollo de la técnica, que bien pronto se puso igualmente al servicio de la medicina. Los descubrimientos de la física y de la química encontraron amplio empleo en la medicina, de tal manera que ésta, con razón, se considera hasta nuestros días como una ciencia de la naturaleza aplicada." (Jores,1981:6-7)

El desarrollo de la ciencia y la técnica trajeron transformaciones en la medicina. Su base, la anatomía, la fisiología y la bioquímica se consideran en lo esencial como sectores del saber cerrados en si mismos. (Jores,1981) Con estas bases se estructura la teoría de la enfermedad en una parte anatómica y otra fisiológica.

Rojas Soriano (1982) al señalar las diversas formas en que se ha conceptualizado el proceso salud-enfermedad; considera que para algunos grupos humanos "...la salud es sencillamente un 'estado' opuesto a la enfermedad. Así, por ejemplo, se dice que una persona esta sana cuando no manifiesta molestias, alteraciones o afecciones en cualesquiera de los aparatos o sistemas de su organismo. En este caso el concepto salud se sitúa en un marco estrictamente biológico." (Rojas, 1982:185)

Las críticas a esta forma de atención de la salud, es más correcto decir de la enfermedad, son innumerables; Némesis médica de Ivan Ilich es prácticamente un tratado al respecto.

Un buen resumen de las críticas que se hacen a esta con-

cepción es la de COPLAMAR (1982): "La medicina como mero afán de lucro ha llevado a la atención impersonal hospitalaria y a practicar formas aberrantes en el ejercicio médico como intervenciones quirúrgicas innecesarias y la construcción y amplio uso de aparatos de apoyo diagnóstico y de terapéutica de empleo restringido, cuyos efectos se ponen cada vez más en duda en sus países de origen; como producto más acabado de esta práctica aparece la iatrogenia en forma masiva en los países industrializados, teniéndose que implantar controles legales y creciendo los costos de atención por los seguros que deben contratar los médicos." (COPLAMAR, 1982:38)

Y esta concepción es la que implícitamente, por carecer de una formación social, se enseña a muchos estudiantes de medicina. Tan grande es el caudal de conocimientos por aprender que la marea del saber anatómico-fisiológico-bioquímico parece no permitir una retirada para apreciar el panorama a que la dinámica propia de las instituciones de salud ha conducido.

### 2.2.3 La concepción ecológico-sanitarista.

Al igual que las demás concepciones, no sólo es una forma de concebir y analizar el proceso salud-enfermedad, sino que es también una forma de organizar la atención y de valorar la vida humana.

Esta concepción significa un avance con respecto a la visión biologicista. El individuo ya no se concibe en forma aislada, sino como parte de una comunidad. Se adopta un modelo

multicausal. Las enfermedades no obedecen sólo a problemas biológico-individuales, sino que están condicionados por factores sociales como: la falta de vivienda adecuada, el hacinamiento, la desnutrición, la falta de drenaje y agua potable, la falta de educación médica, la contaminación ambiental, etc.

Según Rojas Soriano (1982) esta forma de enfocar el análisis del proceso salud-enfermedad se realiza sobre una sociedad en abstracto, concebida como una formación ahistórica, con un enfoque mecanicista que no permite establecer una jerarquía entre los factores sociales y físicos, sino sólo señalar relaciones externas e inmediatas entre los fenómenos. Este es el enfoque de la epidemiología tradicional. (Rojas, 1982)

A pesar de que es cierto que este nivel de análisis no llega a una explicación profunda que descubra las verdaderas causas por las que las personas se enferman o accidentan, y de que Rojas intenta presentar los lineamientos de una alternativa a este nivel, habría que decir que a pesar de haberse adoptado otros enfoques del proceso salud-enfermedad en los países socialistas, y otras formas de organización y atención preventiva y curativa, aún no se logran conocer las causas profundas de la mayoría de las enfermedades; las que Jores (1981) llama enfermedades específicamente humanas (úlceras, cálculos biliares, cáncer y otras enfermedades en la obstetricia, la ginecología, la dermatología y la oftalmología, etc.) donde la terapia es puramente sintomática. Como se sabe, mu-

chas intervenciones quirúrgicas -en estos casos- sólo proporcionan una curación condicionada y deficiente.

De hecho, esta es la concepción dominante en los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, y en las instituciones nacionales de salud (ver los objetivos de las instituciones de salud en sus decretos constitutivos) y la que apoyan una parte importante de los trabajadores de la salud pública en tanto no han desarrollado una alternativa programática propia.

Rojas (1982) retomando a Breilh (s.f.) hace una crítica a la aparentemente muy avanzada definición de salud de la O.M.S., definición explícitamente presente en nuestras instituciones de salud: Los conceptos "bienestar físico" y "mental" tienen que ajustarse a la realidad objeto de estudio, careciéndose de indicadores adecuados para medir el "bienestar social" (Rojas, 1982), "...el esquema de la unidad bio-psico-social del hombre, tras la aparente visión integradora, esconde el desconocimiento de las relaciones entre los componentes biológicos, mentales y sociales, y los yuxtapone de manera subjetiva. De esta forma permanecen los tres tipos de fenómenos, como aspectos aislados, sin un ordenamiento causal, sin jerarquización." (Breilh, s.f.:82)

Un problema para poder hacer un análisis histórico comparativo es el que surge del hecho de que "...no existen parámetros con valor universal para señalar con cierta precisión

cual es la 'condición más adecuada' o, en otras palabras, el nivel óptimo de bienestar físico, mental y social que deben tener los individuos y grupos sociales para desarrollar sin limitaciones sus potencialidades", (Rojas, 1981:188-189); pues necesidades y aspiraciones varían de una colectividad a otra según la situación socioeconómica, los marcos culturales e ideológicos y el medio ambiente predominantes resultado del modo de producción dominante y la forma en que los grupos sociales se insertan en el aparato productivo.

Ante la dificultad para medir la salud San Martín (1975) uno de los más claros representantes de esta corriente, y la O.M.S., usan indicadores negativos e indirectos como son: mortalidad, morbilidad por enfermedades transmisibles, pues las no infecciosas no se declaran, esperanza de vida, condiciones ambientales y de recursos y actividades médicas, pues no hay indicadores precisos y satisfactorios del estado de salud definido como el bienestar físico, mental y social. (San Martín, 1975)

Para esta concepción, la cuestión de la enfermedad es un problema de adaptación al medio ambiente y lo que sucede en el ambiente social son simplemente "defectos de la organización social humana" desligados de toda historicidad de la formación económico-social. Son individuos abstractos los sujetos del proceso salud-enfermedad, adaptados o inadaptados al medio ambiente exterior. Por lo tanto, hay que adaptarse y no sufrir de enfermedad; ésta es la conclusión lógica que se de-

riva de los planteamientos de esta corriente. No ve que los factores que influyen para que se de esa adaptación están determinados por las condiciones económicas, sociales y culturales.

A pesar de la concepción del individuo como un ser bio-psico-social, hay una reducción de todas las variables a lo biológico: "El hombre no vive solo o aislado; la vida social es tan auténtica como la vida individual y tiene, como esta, su propia biología." (San Martín, 1975:16)

Por otro lado había que preguntarse, tomando en cuenta la ideología y los intereses de los grupos y clases sociales: ¿quién decide la existencia de la enfermedad, qué indicadores deben emplearse para detectar la presencia de la enfermedad: la producción, el consumo, la vida social?

El modelo ecológico-sanitarista respaldado por los organismos internacionales de salud, ha surgido como alternativa ante las deficiencias obvias de la medicina liberal.

Como alternativa integradora coherente y racional ha tenido que abarcar a la filosofía, la estadística, la administración, la economía, la demografía y la sociología para valorar la vida humana, reconocer las diferencias sociales y dar organización y fundamento a su propuesta.

El problema de la valoración de la vida humana surge cada vez que se hace necesario cuestionar la rentabilidad de las inversiones sanitarias; el criterio del hombre máquina\*

-----  
\*Para una visión que compara al hombre con la máquina haciendo consideraciones sanitarias, ver Hanlon, 1973.

era insostenible, y surge el hombre-consumidor, implícito en la teoría del pleno empleo, del seguro de desocupación y los seguros sociales provisionales. Aquí surgen los moralismos y las vacilaciones para no aceptar de palabra que la vida humana y la salud tienen de hecho un valor monetario determinado.

Veamos lo que dice un sanitarista: "La salud de los niños, mujeres y viejos probablemente no justificaría, desde un punto de vista económico, las inversiones, dada la escasez de recursos. Aun cuando este razonamiento es evidentemente absurdo, teóricamente se debería llegar a el sí adoptamos un criterio discriminatorio sobre el valor de la vida humana." (San Martín, 1975:702) Y sin embargo, en la práctica esto es lo que se hace; para comprobarlo, simplemente hay que ver la situación de los niños, mujeres y ancianos en cuanto a previsión social, y compararla con la de los obreros y profesionistas incorporados al aparato productivo.

En la concepción ecológico-sanitarista se llega a reconocer que existe una situación diferencial de la población respecto al proceso salud-enfermedad según sea el nivel de ingreso. Esta situación se percibe inmediatamente y, sus efectos han sido comprobados en múltiples países.

En una encuesta nacional de salud realizada en los Estados Unidos de América en ochenta mil obreros varones de ocho ciudades "Se encontró que las familias con rentas inferiores de mil dólares anuales tenían cuatro veces más invalideces por tuberculosis, casi el triple de incapacidades por lesio-

nes ortopédicas y casi el doble por reumatismo, enfermedades digestivas y nerviosas, en relación con las familias cuya renta excedía de cinco mil dólares anuales." (San Martín, 1975: 715)

"Las desigualdades sociales pueden quebrar incluso la avalancha masiva de epidemias. En una epidemia acaecida en la India, después de la primera guerra mundial, la tasa de mortandad era de 537 por cada millón de habitantes, entre los indios de 'casta baja', y de 0.8 entre los europeos." (Sigerist, 1943. Cit. por Polack, 1974:36)

J.C. Polack (1974) tomando datos de una revista francesa señala que "...la mortandad infantil entre los trabajadores manuales es tres veces mayor que la de las profesiones liberales. De una manera general, la mortandad en los once primeros meses, es cinco veces mayor en los niños de los trabajadores manuales, y siete veces mayor en los de los mineros, que en los hijos de los miembros de profesiones liberales." (Polack, 1974:37)

La estrategia sanitarista se centra en el hospital, siguiendo los esquemas de los países desarrollados, se pone como base de la organización de la atención al hospital, mediante la integración de diferentes tipos de atención médica. El consultorio externo es el servicio para ponerse en contacto con la comunidad.

La separación de las concepciones del proceso salud-enfermedad es meramente un esquema para analizar el problema.

En la realidad en un país, México por ejemplo, se expresan las diferentes concepciones en una forma combinada a través de la organización diferenciada de las instituciones de salud.

Aunque la concepción dominante, y por cierto la más desarrollada, es la ecológico-sanitarista, en la práctica, vemos que se dan formas de atención muy acordes con una visión biologicista del proceso salud-enfermedad.

Por lo tanto, con respecto a la hipótesis que nos planteamos en este apartado, es necesario señalar que no se puede conceptualizar un modelo biomédico tradicional con fines prácticos, pues en la realidad existe una mezcla de concepciones y de formas organizativas.

En algunos países capitalistas desarrollados se ha aplicado el análisis económico al sistema de salud. Es de E.U.A. de donde más información tenemos sobre este tipo de aplicaciones de la economía.\* Newhouse (1978) aplica el enfoque neoclásico de la economía del bienestar a la atención médica. Kenneth Arrow (en Cooper, 1973) examina el sistema de atención médica de los E.U.A. en relación con un hipotético mercado ideal.

Polack (1974) hace una crítica a estos intentos por medir la racionalidad del sistema de salud por el lado de la economía. Señala que en E.U.A. y en Francia "...especialistas

-----  
\* Por ejemplo: Colin (ed.), 1979; Munnell, 1977; Pauly (ed.), 1980; Pauly, 1971; Newhouse, 1978; Cooper (ed.), 1973.

de la economía médica coordinan investigaciones sobre la rentabilidad sanitaria, el precio de la razón o la supervivencia. Los técnicos aprisionan el juego, aparentemente libre de la oferta y la demanda de los cuidados, haciendo un cálculo global, que distribuye desigualmente la 'esperanza de vida.' (Polack,1974:39)

La mayoría de estos estudios continen una visión biologicista del proceso salud-enfermedad. En el segundo apartado del capítulo tres retomamos el enfoque de Newhouse.

## CAPITULO TRES

El modelo tradicional de economía del bienestar  
aplicado al sector salud.

Este capítulo tiene como objetivo central presentar la discusión de los criterios con los que se pretende implementar la medición de la eficacia y la eficiencia en el sistema de salud. Este tipo de discusión es relativamente reciente en México.

A través de la discusión veremos la confusión existente, pues junto con los conceptos de eficacia y eficiencia se presentan los de efectividad y suficiencia, mezclando los niveles del análisis, sin diferenciar en muchos casos, el momento en que se pasa de lo general a lo particular, y de lo abstracto a lo concreto.

Nosotros definimos eficacia como la consecución de una meta u objetivo, sea este particular o general; si se logra la meta o el objetivo propuesto, se esta siendo eficaz. Eficiencia la definimos como una relación entre costos y beneficios. El problema es que no es nada fácil medir los beneficios en el sector salud.

Teniendo esto en mente, pasamos a analizar la visión neoclásica de la teoría de la economía del bienestar. Las condiciones marginales para alcanzar un óptimo de Pareto son muy restrictivas sin embargo, pensamos que no es inútil un análisis que parte del supuesto de una situación ideal de equili-

brio, pues a partir de ahí, se pueden sistematizar las críticas y las dificultades para alcanzar un sistema "racional" de organización de la atención a la salud.

### 3.1 Criterios para medir la eficacia y la eficiencia.

Lo que sigue es producto de una revisión de la literatura encontrada, discriminada y seleccionada conforme a los objetivos que nos hemos impuesto en las hipótesis señaladas en la introducción. Es relativo a lo que se señala en el índice bibliográfico localizado en las bibliotecas de la ciudad de México y otras, que se indica en el apéndice.

#### 3.1.1 Los conceptos.

Los esfuerzos de evaluación sistematizada, entendida como búsqueda de racionalidad en el sistema de salud son relativamente recientes en nuestro país. En mayo de 1978 se llevó a cabo un "Seminario de evaluación en el sector salud", que era "...el primer acto formal de un sector...en que los responsables de la evaluación se reúnen para organizar los esfuerzos de todos los participantes del sector." (palabras del Dr. José Laguna García, en: SSA,1978:21)

Los resultados de dicho Seminario fueron muy pobres, reinó la confusión en torno a la definición de los conceptos: eficacia, eficiencia y efectividad. La ponencia más rescatable por su contenido es la del Dr. Rolando Merino.

Posteriormente, en julio de 1978 se llevó a cabo un Semi

nario sobre "Investigación en Servicios de Salud" con mayor nivel académico y con características menos oficialistas que el primero. De estos seminarios y otra bibliografía que señalaremos en su oportunidad se retoma la discusión para llegar a definir y delimitar en lo posible el uso de los conceptos eficacia y eficiencia en los servicios de salud.

Los análisis costo-beneficio y costo-eficacia llevan implícita una definición de lo que es la eficacia y la eficiencia, cuando no se hace explícita la definición o la relación, suele darse una discusión que pretende clarificar conceptos.

El Dr. Merino (1978) sólo define efectividad y eficiencia: "...cuando hablamos de efectividad lo que hacemos es comparar lo planificado con lo realizado; y aquí seguramente habrá una discusión, porque no son términos habituales, o sea, la comparación en este caso es de términos cuantitativos entre lo que decidimos hacer durante el proceso de planificación y lo que hemos logrado hacer en el transcurso o al término de un programa determinado." (Merino, 1978:37) La comparación se puede hacer a tres niveles: metas, actividades y recursos. El análisis de efectividad se debe hacer simultáneamente en los tres niveles. (Merino, 1978)

Por otro lado, define eficiencia como la relación entre costos y objetivos o metas en términos monetarios. Y llama la atención sobre la necesidad de hacer ambos tipos de análisis (eficiencia y efectividad) simultáneamente. (Merino, 1978)

Eficacia se está usando como sinónimo de efectividad, pe

ro se refiere más bien, al análisis individual de un procedimiento; "...tenemos programas que pueden ser muy eficientes, pero estan sustentados en el uso de un método, de un procedimiento o de un material, que probablemente no es eficaz; todos los días en Medicina con el progreso de la ciencia vemos que algo que creíamos eficaz, de pronto deja de ser eficaz porque no depende necesariamente del producto, sino del cambio alrededor de la situación dentro del sistema." (Rodríguez, 1978:40)

En este trabajo adoptamos el término eficacia como sinónimo de efectividad, pero en el sentido que lo define el Dr. Merino, componiendo tres niveles de comparación: metas, actividades y recursos. Cuando se ~~quiera~~ hacer referencia específica a alguno de los niveles, se hará explícitamente.

A mi parecer, la confusión en la definición de los conceptos, ya que no creo que sea una cuestión de semántica, se debe a una mezcla en los niveles de análisis; no se separa claramente un intento de evaluación de la racionalidad de un sistema de atención a la salud, de la evaluación de los métodos, procedimientos y materiales particulares de atención médica.

Como veremos, en ambos seminarios, aunque la intención era la evaluación-investigación del sector servicios de salud, se cae en el análisis de la atención médica, donde, tratándose de la racionalidad económica se cae inmediatamente en la evaluación de técnicas particulares de atención, y en el

análisis clínico-epidemiológico, olvidando el plano de las políticas estratégicas.

Así se explica la confusión del Dr. Rodríguez (1978) quien dice que no se puede ser efectivo sin ser eficaz, pero ¿por qué no? si la efectividad es la comparación de lo planeado con lo realizado; pudimos haber planeado bajo el supuesto de la utilización de métodos y procedimientos que no eran muy eficaces, o bien, en el transcurso de la realización de lo planeado se pudo haber descubierto un nuevo método, procedimiento o material; pero ello no quiere decir que al comparar lo planeado con lo realizado no haya efectividad. El problema es, en el primer caso, de una mala planeación; en el segundo, sería que, una vez generalizadas las técnicas nuevas, más eficaces, no se utilizaran en la planeación ni en la práctica, con lo cual no se estarían cumpliendo o cubriendo las condiciones materiales sociales necesarias para avanzar en la efectividad en la atención a la salud; pero el problema del balance entre lo planeado y lo realizado se podría cubrir perfectamente. En este último sentido es en el cual utilizamos el término eficacia en este trabajo, aunque la meta a alcanzar sólo sea la determinación de un objetivo y no el producto de todo un proceso de planeación.

En un primer nivel de análisis, general, partimos del supuesto de que los procedimientos empleados son efectivos, de que los insumos o recursos empleados son adecuados y su costo es el menor posible, de tal manera que podrían tener un rendi-

miento máximo.

Peña Mohr (1983) presenta una larga lista de criterios para medir efectividad, usando "...las características deseables de la atención primaria", entre ellas: disponibilidad, accesible, adaptable, apropiada, continua coordinada, etc. (Peña, 1983)

Al contrario de lo que se desprendió de la ponencia de R. Merino (1978) aquí efectividad está subordinada por aplicarse a casos individuales, para evaluar procedimientos y técnicas particulares. La crítica que hace a los criterios de efectividad refuerza mi opinión de que es necesario hacer una distinción en los niveles de análisis.

Estas mediciones adoptan la forma de escalas de puntajes que parten de la noción de salud como capacidad para desempeñar un rango de actividades. El índice PIUD (Preventable Impairment Unit Decades) de Williamson (1968) mide el grado en que la "...inhabilidad de un paciente no tratado pudo haberse prevenido o remediado con un tratamiento específico. Este déficit representa una medida de efectividad que abre nuevas perspectivas a la evaluación de la atención." (Peña, 1983:138)

El enfoque de riesgo de la OMS se aplica en América Latina como "...instrumento de apoyo en decisiones clínicas, pero también tiene potencial para determinar niveles de atención y asignación de recursos." (Peña, 1983:139)

Estas son medidas de eficacia cuando esta se particulariza en determinados instrumentos y acciones, es decir, como señala el autor del párrafo anterior, son medidas de la efecti-

vidad. Siendo la efectividad una particularización o una expresión de la eficacia para mediciones concretas, se observa que tiene limitaciones:

"La racionalización de las decisiones individuales puede ayudar a una mejor calidad de atención, más diagnóstico y tratamiento de beneficio marginal, que tienen racionalidad desde una perspectiva personal. Desde la perspectiva de interés público global, este desarrollo puede significar tecnología más sofisticada, mayor énfasis en atención terciaria y mayor costo." (Peña,1983:139)

En una situación de dualidad entre eficiencia y efectividad, Peña parece inclinarse por ésta última: "Los políticos y ejecutivos del futuro serán enjuiciados mucho más que por la eficiencia con que administran los servicios, por la efectividad de sus decisiones." (Peña,1983:140)

El autor adopta la definición de eficiencia de Williamson (1978): "...la proporción del costo total (dinero, recursos y tiempo) que puede relacionarse con beneficios alcanzados..." (Peña,1983:151) que puede lograr su más alto nivel con la implementación de equipos de salud organizados conforme a las condiciones locales de cada comunidad.

Mario Testa (1983) define en una primera instancia a la eficacia como la medida en que una actividad alcanza su propósito.

Sin embargo, la composición de las enfermedades se va modificando, lo cual condiciona una disminución de la eficacia

global, ya que las enfermedades que van quedando son más difíciles de curar. Hay dos maneras de enfrentar la llamada "crisis de eficacia": a) incrementando el conocimiento y buscando una mejor organización y, b) redefiniendo el propósito de la atención médica. (Testa,1983)

Testa (1983) hace explícita una distinción esencial para el análisis y la evaluación. Dentro del ancho mundo de los servicios de salud distingue la atención médica y señala que: "Hace algunos años, sanitaristas norteamericanos plantearon que la atención médica debía enfrentar cuatro problemas que caracterizaron como las cuatro D: death, disease, discomfort, disruption, es decir: muerte, enfermedad, malestar, perturbación, entendida ésta última como los trastornos familiares y sociales que genera una persona enferma." (Testa,1983:67)

Un problema de este tipo de análisis es que tienen un desplazamiento del propósito de la atención hacia el alivio del malestar y de las perturbaciones, ya que se trata de sociedades avanzadas en el sentido de "...que se evitan las muertes evitables y se curan las enfermedades curables." (Testa,1983:67)

Como es sabido, la situación en los países subdesarrollados es diferente. "La configuración particular de cada país se ñala alguna combinación de mortalidad general baja y natalidad alta, pero manteniendo una tasa de mortalidad infantil realmente alta." (Testa,1983:68) El proceso de urbanización e industrialización se da con un cambio en la estructura de enfermedades, gracias a la alimentación y las medidas de saneamiento

que han llevado a una eliminación de las enfermedades erradicables y a la disminución porcentual de las reducibles. Sin embargo las medidas generales aún tienen efectos sobre la salud, pues hay una reserva de eficacia posible. (Testa,1983)

Finalmente Testa redefine eficacia como "...la probabilidad de que una determinada acción alcance su objetivo (si vacu no cien niños la eficacia se mide con el porcentaje que adquiere inmunidad)". (Testa,1983:70) Reconoce problemas, pues también puede ser que la conceptualización de la enfermedad adolezca de lagunas; que en los componentes de la determinación de las enfermedades se destaque el ambiente físico o el papel del ambiente social, por lo que la noción de eficacia será distinta.

En una obra casi enciclopédica San Martín (1975) señala que la eficiencia y suficiencia de la atención médica están en relación con las necesidades reales de la población, con la demanda, nivel de vida, costumbres y actitud de la población hacia la medicina.

"La eficiencia se refiere a la totalidad de los recursos médicos conocidos en este momento como efectivos; la suficiencia se refiere a que estos recursos alcancen a la totalidad o casi todos los individuos que los necesitan. Una buena atención médica tiene que tener en cuenta tres aspectos básicos: nivel técnico y científico de la medicina que ofrece; recursos disponibles en relación con la población que necesita atención médica; demanda de servicios y aceptación que tengan." (San -

Martín, 1975:588)

De los dos últimos análisis señalados cabe destacar la relatividad en el uso de los conceptos. Testa al señalar que la noción de eficacia será distinta dependiendo de los componentes en la determinación de las enfermedades; San Martín al hacer depender la "eficiencia y suficiencia" de las variables: necesidades de la población, demanda, nivel de vida, costumbres y actitud de la población hacia la medicina.

Es muy importante señalar esta relatividad y decir que aquí no pretendemos definiciones estrictas, lo que queremos es delimitar, lo más claramente posible un campo de la investigación en el cual resalta la relación salud-economía, economía-salud.

Como vimos, Testa va todavía más adelante al señalar que la composición de las enfermedades se va modificando. Con esto, además de considerar la relatividad del concepto de eficacia, se incluye una idea de dinamismo, de cambio, de tal manera que no hay, no puede haber una sola definición de eficacia, y aún la que adoptemos podrá cambiar.

Parece ser que con la redefinición que hace Testa de eficacia se gana precisión, pero se es más rígido, con lo cual la idea de eficacia pierde generalidad. Se hace de la eficacia una medida a posteriori. Aquí, esta su segunda definición de eficacia se parece mucho a la definición de efectividad que hace Peña.

Peña (1983) adopta la definición de efectividad de Wi-

Williamson (1978) "...el grado en el cual los beneficios alcanzan bajo condiciones óptimas de atención son realmente alcanzados en la práctica" (Peña, 1983:118) que es diferente del propuesto por la OMS en 1971: "...equivale a efecto, resultado final o beneficio que la población obtiene en relación a los objetivos especificados." (Peña, 1983:118)

Vemos que esta definición de Williamson de efectividad es idéntica a la redefinición de eficacia que hace M. Testa, y que su primera definición de eficacia, no es otra cosa que la definición de efectividad adoptada por la OMS en 1971.

Aunque Testa no va más allá en su segunda definición de eficacia parece ser que la crítica que hacemos en cuanto a los niveles de análisis se le puede aplicar, incluso el hecho de que diga "...la probabilidad que una determinada acción..", implica dejar un nivel de generalidad-abstracción, lo cual no tendría nada de malo si no se echara por la borda el fruto que ha sido producto del análisis en ese nivel de abstracción, o si se hiciera conscientemente, diferenciando los distintos momentos del análisis.

La conceptualización de eficiencia que hace San Martín (1975) referida a la totalidad de recursos médicos conocidos como efectivos, no tiene ninguna relevancia. Se trata de una reducción del término de eficacia al de efectividad, no señala una relación que posibilite una medición.

La idea de suficiencia depende también de la conceptualización del proceso salud-enfermedad y no creemos que, por el

momento merezca mayor comentario.

En conclusión diremos que en un primer momento (general y abstracto) del análisis, el concepto de eficacia incluye el de efectividad, es decir, en primera instancia planteamos o suponemos que un sistema eficaz y eficiente es, como consecuencia, efectivo, sin embargo, en un segundo momento (más concreto) hacemos una separación y reconocemos que se puede ser eficaz y eficiente sin ser efectivo; esto implica el reconocimiento de uno de los grandes problemas actuales de la atención médica, que más allá de la falta de efectividad llega a ser nocivo para la salud, llega a producir lo que se conoce como iatrogenia o iatrogénesis médica, lo cual ha sido reconocido por investigadores y médicos de reconocido prestigio; entre otros: Donabedian, (1981) Ilich, (1978) Lasko, (1982) Rodríguez, (1978).

Cabe dejar claro lo siguiente: aquí adoptamos el concepto de eficiencia como la relación costo-beneficio, en la cual el costo se mide en términos monetarios y, el beneficio, se mida en términos monetarios o no, esta por definirse (siguiente apartado). La eficacia como la medida en que una actividad alcanza su propósito, o en otras palabras como una relación entre objetivos o metas propuestas y objetivos o metas alcanzadas.

El siguiente paso es la definición más precisa del término eficiencia. Hemos de entrar al análisis de la relación costo-beneficio y a la precisión de algunos problemas en torno a él.

### 3.1.2 El análisis costo-beneficio en salud.

La mayoría de los estudiosos del tema consultados han llegado a la conclusión de que el análisis costo-beneficio aplicado en el sector salud es muy difícil o prácticamente imposible de llevar a cabo; y que por lo mismo casi nunca es una herramienta definitiva para la toma de decisiones. Veamos algunos comentarios:

"Es más fácil hablar de el que llevarlo a efecto." (Rosenthal, G., 1981:108)

"El análisis costo-beneficio es aquel en el cual se comparan planes de estrategias, alternativas y donde cada alternativa logra su propio conjunto de beneficios y estimula su propio conjunto de costos; entonces uno se encuentra en la muy difícil posición de medir los beneficios y los costos de cada uno de estos programas. Debo confesar que mi anterior análisis me da la impresión de que la segunda forma (análisis costo-beneficio) es implícitamente imposible, porque si fuera a tratar de diseñar el problema en toda su extensión debería tomar en cuenta los beneficios y los costos para cada nivel del sistema en el cual influya el plan propuesto o la alternativa que se vaya a elegir." (Flagle,1981:136)

"El análisis costo-beneficio establece una relación entre el beneficio que se pudiese lograr con un programa determinado y su costo, expresado el beneficio en términos monetarios;... es difícil...asignar un costo o valor monetarios a la salud.." (Merino,1978:31)

"Las dificultades teóricas y empíricas...en la medición de los beneficios han hecho que estudios de este tipo no abundan." (Zurita,1974:76) Es muy difícil, añade esta autora, distinguir entre consumo e inversión para los gastos en capital humano, en este caso, el gasto en salud.

Antes de continuar señalando las dificultades encontradas, es necesario hacer un comentario. Todos los estudios que intentan hacer un análisis costo-beneficio en salud, en realidad se refieren a una de las actividades de salud, que por cierto ha sido muy cuestionada en cuanto a su efectividad y, dado el enorme incremento en sus costos, sin resultados que los justifiquen; me refiero a la actividad atención médica. Esto ha hecho que algunos autores tiendan a una medicalización exagerada, llegando incluso a una "propensión óptima a operar".

Inclusive, en el seminario sobre Investigación en Servicios de Salud de julio de 1978 (infra) con ponentes de alto nivel, uno de los participantes notó el problema "...me llamó la atención una pequeña confusión que hemos estado viviendo desde el principio de este Seminario: mientras pensamos hablar de servicios de salud en su más amplia expresión, hemos estado escuchando fundamentalmente medical care". (Peregrina,1981:182)

El no hacer una distinción clara y objetiva del objeto de estudio es, pues, uno de los problemas importantes en el sector salud.

Parece ser entonces, que lo primero es definir el objeto de estudio: la salud. La mayoría de los autores estudiados di-

ce que la definición de salud de la O.M.S. es muy amplia como para poder ser medida o cuantificada.

Pero aunque no hay indicadores precisos y satisfactorios del estado de salud definido como el bienestar físico, mental y social (San Martín, 1975) no podemos olvidarnos de la necesidad de definir un concepto de salud, ni mucho menos, reducir, como se hace en los hechos, la idea de salud al funcionamiento físico-fisiológico del individuo hacia el cual está enfocada fundamentalmente la atención médica.

Salud implica, además de atención médica, saneamiento, vivienda, trabajo, nutrición y educación. Es obvio que resulta muy complicado evaluar la contribución de cada una de las actividades necesarias para alcanzar un nivel de salud "adecuado".

San Martín (1975) presenta un esquema de los índices más útiles y fáciles de obtener en América Latina:

- A. Indicadores del nivel de salud de la población: expectativa de vida, tasa de mortalidad general y tasas específicas, morbilidad.
- B. Indicadores de condiciones sanitarias del ambiente: calidad química del agua, porcentaje de población urbana con alcantarillado, número de habitantes por vivienda, consumo de leche.
- C. Indicadores de recursos y actividades de salud: gasto por habitante, número de camas de hospital, número de médicos por cada 1000 habitantes, porcentaje de población inmunizada, número de consultas prenatales sobre nacidos vivos.
- D. Indicadores económico-sociales: renta por habitante y su

distribución, relación salarios-índice de costo de vida, alfabetismo y escolaridad, porcentaje de población activa y porcentaje en cesantía entre los activos, consumo de calorías por habitante al día.

Veamos ahora cuales son las dificultades encontradas; cuales han sido rebatidas y cuales reconocidas.

En primer lugar hay que decir que la dificultad señalada por Flagle (supra) parece más cuantitativa que cualitativa, veamos: "...si fuera a tratar de diseñar el problema en toda su extensión debería tomar en cuenta los beneficios y los costos para cada nivel del sistema en el cual influya el plan." (Flagle,1981:136)

Aunque existe un problema de contabilidad, que enfocado como tal, sería relativamente fácil de resolver, el problema más bien es cualitativo; como señala otro autor, hay pocos programas que tienen un solo objetivo, la mayoría tiene objetivos múltiples. (Rosenthal,1981)

Tal vez sea imposible saber cuanto contribuye la educación o la vivienda adecuada a la salud, pero sabemos que contribuyen y que son fundamentales. "La instrumentación con que contamos no nos permite establecer una relación entre lo realizado y el grado de salud alcanzada.." (López,1981:176) pues la atención médica, como señala este autor, sólo es un factor más en la determinación del equilibrio biopsicosocial del individuo.

Por todo lo cual, los beneficios esperados que se esta-

blecen como consecuencia de la atención médica son: muertes evitadas o prolongación de la esperanza de vida, reducción de los días de enfermedad y, reducción del grado de invalidez. (Zurita,1974) Todo lo cual implica ya una concepción del proceso salud-enfermedad y que no necesariamente se va a reflejar en una mejora de la salud del individuo.

En cuanto a la cuantificación de los beneficios por años de vida prolongados, señala Rosenthal que les han pedido - - "...algún tipo de evaluación cualitativa de la actividad real de esos años prolongados. Con toda seguridad en Estados Unidos, como en la mayoría de los países europeos, conforme consideramos los problemas asociados con cronicidad, longevidad y enfermedades donde la muerte puede convertirse más en una bendición que en una maldición, todo el concepto de prolongar los años de vida no es en realidad útil como evaluación cuantitativa de los beneficios;" (Rosenthal,1981:110-111). Y aunque el autor señala que el valor de tratar enfermedades infecciosas o deficiencias nutricionales en niños representan beneficios eficaces, vemos que en el intento de Zurita (1974) por aplicar el análisis costo-beneficio a una campaña de vacunación contra el sarampión, decide ignorar la cuantificación monetaria del beneficio por desminución de días de enfermedad, precisamente por tratarse de niños; es decir, por tratarse de individuos que no están en la edad productiva.

Por otro lado, además de la asimilación de salud a atención médica, no existe un análisis general, teórico o práctico

co, de la contribución de la atención médica a la salud. Los autores que revisamos en este apartado, como podemos ver en las citas de las páginas anteriores, hacen una particularización inmediata a programas específicos; es decir, que ni es evaluación del sector de servicios de salud, ni es evaluación de la atención médica, sino evaluación de programas o campañas muy concretas, con lo cual se evita cuestionar las políticas estratégicas en el sistema de salud.

Es necesario asentar que la salud sólo puede medirse indirectamente a través de los datos de morbilidad, que están más relacionados con expectativa de vida. (Peña, 1983; San Martín, 1975). "Para la medición de calidad de vida y su asociación a estado de salud no existe metodología ni información adecuada." (Peña, 1983:117)

Como vemos, hay una desviación y/o una reducción del objeto de estudio. Aun así, sigamos con el análisis de los "beneficios", uno de los lados de la relación costo-beneficio.

Uno de los problemas que surgen al intentar un análisis costo-beneficio, es el del valor o precio de la vida humana. El problema surge sobre todo cuando se intentan evaluar los beneficios en términos monetarios. La mayoría de los autores que revisamos detienen su análisis en este punto y, simplemente plantean que es muy difícil otorgar un valor monetario a la vida humana, que puede ser muy injusto, o que se plantean problemas muy delicados.

En la búsqueda de objetividad en este asunto, hay dos opi

niones muy interesantes que parecen resolver la cuestión correctamente:

"Cualquier definición de calidad que otorgue un valor monetario a la vida humana es repugnante a muchos, y no hay nada en el análisis que nos obligue a hacerlo. Sin embargo, el análisis da lugar a la pregunta acerca de que tan valiosa es la vida." (Donabedian, 1981:80)

Zurita (1974) plantea que sí tiene precio la vida humana desde el punto de vista de un individuo para sí y sus seres queridos. Desde el punto de vista de la sociedad "...Cuando se conocen los costos de una campaña sanitaria y se sabe que esa campaña salvaría a un número dado de vidas, y la sociedad no lleva a cabo esa campaña, implícitamente está poniendo un precio máximo a la vida humana;" (Zurita, 1974:80). Jean Claude Polack (1971) opina en este mismo sentido.

Simplemente agregaría que las dos posiciones me parecen correctas, y que son más definitorias que los planteamientos de los autores que sólo dicen que es muy difícil o delicado este tipo de valoración, como San Martín (1975); Merino (1978), etc.

Peña (1983) señala que las consecuencias de las intervenciones de salud pueden ser beneficios y perjuicios, con lo cual el concepto de efecto se amplía. Señala tres planos para ver la distribución de los efectos: a) decisiones de políticas estratégicas, que implicarían medidas como la regionalización y la planificación en América Latina, así como la discu-

sión acerca del mercado; b) decisiones clínicas, que se enfocan a las necesidades de cada paciente; c) decisiones programáticas, la mayoría "sin influir en el comportamiento de la demanda", como niveles de atención, enfoque de riesgo, etc.

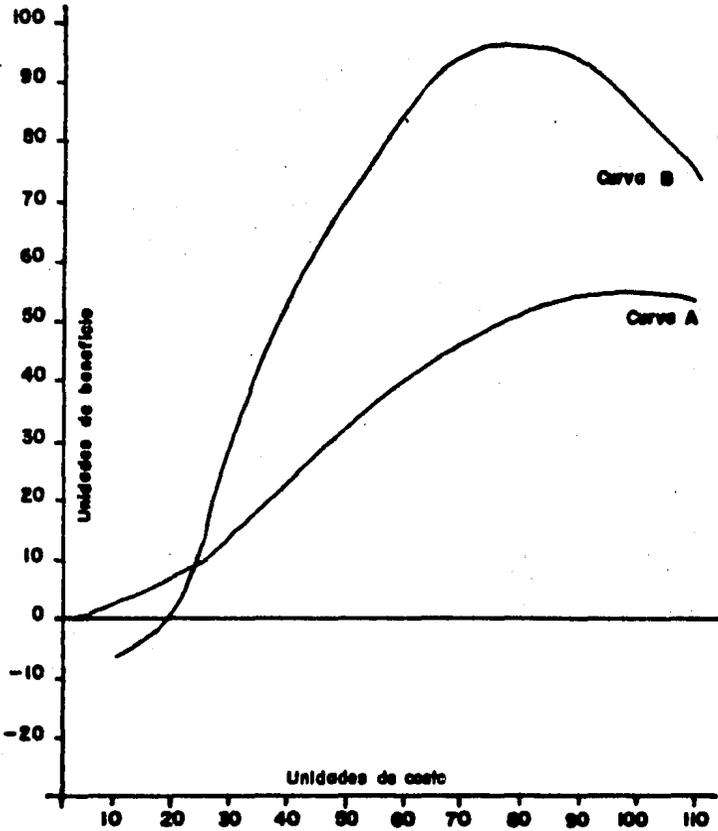
En su ponencia sobre la calidad de los servicios de salud, Donabedian (1981) reconoce implícitamente la existencia generalizada de los perjuicios en las intervenciones de salud: "La relación entre costo y calidad (que por cierto, tiene un significado muy cercano a nuestro concepto de eficacia) depende de la eficiencia de la producción y de la cantidad y mezcla de servicios útiles, inútiles y lesivos." (Donabedian,1981:68). Como señala el autor se podría obtener la misma calidad a menor costo o más alta calidad al mismo costo si se elimina ineficiencia, atención innecesaria y la lesiva.

Sin embargo, para poder presentar una relación hipotética costo-beneficio parte del supuesto de que "...la atención es producida con la máxima eficiencia y que son usados únicamente los servicios que tienen un beneficio neto." (Donabedian,1981:69)

Aunque no define explícitamente que es la eficiencia, podemos ver que es algo muy parecido a lo que aquí hemos definido como tal. "El costo...puede ser innecesariamente alto si la atención se produce ineficientemente: por ejemplo, porque los hospitales tienen una baja ocupación o el médico trabaja en lo que puede ser hecho al menos igualmente por enfermeras. Lo mismo es verdad si elementos más costosos de la atención tales co

mo servicios de hospitalización, son usados cuando se pueden utilizar la atención en un consultorio, más barata y con los mismos resultados." (Donabedian,1981:68)

La gráfica de su relación hipotética entre costo y beneficio es la de la figura siguiente:



Muestra una relación hipotética entre los costos de atención ("unidades de costo") y las mejorías en el estado de sa-

lud ("unidades de beneficio"), medidas en (A) unidades no monetarias y (B) unidades monetarias.

"La curva A es hipotética. La curva B fue construida por acumulación (beneficios monetarios menos costos monetarios) por cada 10 unidades de costo adicional, asumiendo que cada unidad de beneficios monetarios es igual a 3 unidades de beneficios no monetarios." (Donabedian, 1981:70)

La relación costo-beneficio en unidades no monetarias - - (curva A) representa el postulado de que cuando los costos aumentan, el reembolso en beneficios para un incremento dado en el costo comienza a disminuir, de tal manera que al final, incrementos en el costo producen mejoras despreciables.

Este postulado es uno de los puntos más rescatables del análisis del autor, él lo formula de esta otra manera: "Siempre que los riesgos de procedimientos adicionales sean más grandes que los beneficios esperados, la atención viene a ser más costosa, pero de más baja calidad." (Donabedian, 1981:68). Que no es otra cosa que la ley de los rendimientos marginales decrecientes aplicada a los servicios de atención médica.

¿En que punto detenerse? Depende del balance costo-beneficio. Si los beneficios se miden en días de funciones totales agregadas a la esperanza de vida y, si puede darse un valor monetario a ese incremento en la calidad y duración de la vida, este punto de equivalencia podría encontrarse. (Donabedian, 1981)

Como dice el autor, más allá de ese punto, el reembolso adicional en beneficios monetarios sería más pequeño que los -

costos adicionales (curva B). (Donabedian,1981)

Se reconoce que este análisis sólo se puede aplicar en un tipo de medicina muy desarrollada, y bajo ciertos supuestos: cada paciente paga el costo completo de su atención; los individuos conocen todos los hechos, por lo que la relación entre calidad y costo para el conjunto sería el promedio de las relaciones individuales. (Donabedian,1981). Este último supuesto es muy difícil de aceptar, ya que precisamente el desconocimiento por parte del individuo que no es médico (y aún el médico desconoce algunos hechos) es una de las críticas más comúnmente aceptadas, sobre todo en el sector salud.

Los supuestos usuales del mercado han sido contradichos. Los consumidores no disponen de información suficiente "...delegan su confianza en los proveedores de salud, quienes transforman signos, síntomas, síndromes, quejas y problemas de salud en general, en demandas de sus propios servicios.." (Peña, 1983:121).

Habría que decir que Donabedian (1981) reconoce las limitaciones de su análisis: "Sin embargo, podría haber grandes diferencias en los dos niveles -el individuo y el conjunto- si los individuos son ignorantes o altamente idiosincrásicos en sus valoraciones, o si el costo de la atención no es totalmente pagada por los individuos, o si los beneficios de la atención recibida por los individuos recae en parte sobre otros (externalidad del servicio) o si la sociedad coloca un mayor valor en el bienestar de algunos segmentos, en los niños por

ejemplo." (Donabedian,1981:69)

Estos postulados con sus limitaciones ya reconocidas, son aplicables al caso de México, pues por un lado existe el desarrollo de una medicina muy especializada (de tercer nivel) en los hospitales de reconocido prestigio a nivel internacional y; por otro lado, aún en muchos hospitales de la "iniciativa privada", el costo de la atención no es totalmente pagada por los individuos (existen varias formas de pago); además de que el conocimiento científico-médico no esta nada generalizado y; los beneficios de la atención recibida por los individuos como sucede tratándose de un "bien público" o "social", recae en parte sobre otros individuos; como se ha dicho, explícita o implícitamente, la sociedad coloca un mayor valor en el bienestar de algunos segmentos de la población.

Hagamos algunas otras consideraciones en torno al término beneficios. "Si la igualdad es importante, entonces el valor social de los beneficios puede ser menos notable que su distribución." (Rosenthal,1981:110). Particularmente en cuestiones de salud, el valor de los beneficios y su distribución estan estrechamente limitados y, se hace notorio cuando consideramos a la salud en su sentido amplio y no sólo como atención médica.

Otra consideración es que los análisis costo-beneficio ". . .siempre fallan en distinguir entre las consideraciones a largo plazo y las consideraciones inmediatas a corto plazo. Algunos beneficios sólo tienen valor a corto plazo, pero a largo plazo no se apoyan a si mismos, en tanto que algunos costos

sólo se justifican con el tiempo. Así, las decisiones programáticas tienen que reflejar esto y ocurre que el proceso político con frecuencia valora los altos beneficios inmediatos y los bajos costos inmediatos." (Rosenthal,1981:110)

Podemos ver que esta opinión es muy parecida a la hipótesis que estamos tratando de comprobar para el caso específico de México y, a la cual se llega con una observación no muy profunda del funcionamiento del sistema de salud.

Otro tema básico para los análisis costo-beneficio y que está más desarrollado en la teoría de la economía del bienestar, es el de las externalidades de los bienes públicos o sociales. Podemos ver que muchos de los servicios de salud son "bienes públicos" que tienen externalidades, o que aun no siendo "bienes públicos", se dan las externalidades, sean estos beneficios o perjuicios; es decir que afectan al fenómeno salud-enfermedad de alguna manera. Mencionemos algunos ejemplos:

"...si un programa efectivo de rehabilitación reducirá en realidad la carga sobre el sistema de atención médica de pacientes internos, entonces de hecho esos beneficios pueden aumentar en forma mucho más extendida de lo que podríamos considerar." (Rosenthal,1981:111). A partir de esto se da una tendencia a tratar los beneficios como costos que se evitan, pero aunque sea útil, no siempre es una medida confiable de los beneficios, pues existen cambios tecnológicos que se deben incorporar, y afectan la valoración de las medidas de salud al cambiar los patrones de costo. (Rosenthal,1981)

Ante la imposibilidad de evaluar la eficiencia a través del análisis costo-beneficio, y a partir de la tendencia a tratar los beneficios como costos que se evitan surge el análisis costo-efectividad como un instrumento más útil y accesible que el de costo-beneficio.

La diferencia esta en que en el análisis costo-efectividad se especifica un efecto haciendo una comparación con métodos alternativos. Se desvanece el problema de los beneficios y uno solo se ocupa del costo relativo de las alternativas. (Flagle, 1981)

Merino (1978) al abandonar el análisis costo-beneficio por sus injustas consecuencias\* explica el análisis costo-efectividad "...ejemplo: si quisieramos con un progrma 'X', obtener una meta de mil unidades 'Y', podemos organizar y utilizar los recursos en distintas maneras para obtener el mismo resultado final, mil. El análisis de costo-efectividad, una vez fi-

-----

\* A partir del siguiente ejemplo deriva su conclusión: "...supongamos que estamos utilizando una droga, una píldora cualquiera que tiene un valor de cinco unidades monetarias, y asumimos que si se la administramos a una persona estamos evitando que como consecuencia de una enfermedad determinada contra la cual esta píldora es efectiva, se presente un cuadro de invalidez en el sentido de no poder trabajar como lo hace normalmente y que esta persona gana al día 20 unidades monetarias. "La relación de costo-beneficio en este caso específico sería de veinte entre cinco igual a cuatro. La píldora puede ser una actividad específica, puede ser una vacuna específica, una intervención quirúrgica, educación sanitaria, en fin, cualquier actividad reconocible a la que podamos suponer un beneficio en términos monetarios, "...distintas personas con distintos ingresos por día tendrán distintos valores para los efectos de una decisión; lo cual sería injusto.." (Merino, 1978:32)

jada la meta, trata de encontrar aquella alternativa que a menor costo logre el mismo objetivo final." (Merino,1978:33)

Con este tipo de análisis también se soslaya el cuestionamiento de las políticas estratégicas de salud, pues se parte de las metas ya fijadas. Comúnmente aquí también se utiliza el análisis marginal. (Peña,1983)

Queda claro que es más fácil evaluar la relación costo-efectividad que la relación costo-beneficio. Para esta última los problemas de evaluación pueden resultar en verdad infranqueables.

Otra forma que se ha intentado para la evaluación (del proceso) son los criterios o indicadores explícitos preformulados, que tienen sus limitaciones. Las listas de criterios son defectuosas porque ignoran la presencia de más de un diagnóstico. Si son muy cortas dan evidencia mínima de atención adecuada; si son muy largas se puede estimular el desperdicio. Por otro lado está el problema de qué peso dar a los criterios cuando son usados como base para construir escalas numéricas de calidad; varios conceptos son más interactivos que aditivos. Además constantemente se están refinando y mejorando. (Donabedian,1981)

Las objeciones son menos serias cuando el criterio explícito sólo se usa "...para tamizar, que selecciona casos para una revisión más detallada y definitiva." (Donabedian,1981:74)

Por supuesto, no pretendemos desdeñar los avances logrados, los clínicos adoptan decisiones donde se compromete una

proporción importante de recursos. (Peña, 1983). La intención es situar los alcances de las medidas implementadas; como dice Peña (1983) las clasificaciones jerárquicas para categorizar inhabilidades son útiles para evaluar salud individual, pero tienen poco valor para decisiones de macropolítica.

Otros han puesto el énfasis en los equipos de salud como eslabón principal de la articulación de los servicios de salud con la población. (Reedy, 1980)

En la búsqueda de eficiencia en la producción de servicios de salud se han implementado varias estrategias a nivel internacional; además de las ya mencionadas cabe señalar el "enfoque de necesidades básicas" difundido por el Banco Mundial. En la ONU se generó la meta "salud para todos en el año 2000" con su estrategia central de atención primaria de salud con participación comunitaria. Con todo, el problema de la medición de la eficiencia sigue en pie.

### 3.2 La teoría de la economía del bienestar.

Usar el modelo de equilibrio general neoclásico implica usar un modelo con muchos supuestos restrictivos. Lo restrictivo de los supuestos es ampliamente reconocido, inclusive por los autores neoclásicos; el problema parece mayor cuando se intenta aplicar este modelo al análisis del sector salud. En la literatura económica de habla inglesa se ha hecho tal intento.

Recordando la estructura de la atención médica en E.U.A., donde domina la atención médica en manos privadas, podríamos

pensar que ahí tiene algún sentido la aplicación del análisis de la teoría de la economía del bienestar en el sistema de salud.

El problema mayor se presenta cuando tratamos de aplicar ese tipo de análisis a un sistema de salud con las características del sistema mexicano, donde, en salud, el peso fundamental se encuentra en las instituciones del Estado o con participación del Estado, en donde el peso del sector privado, excepto en la producción de fármacos, es mínimo.

La pregunta que surge es ¿por qué a pesar de todas las restricciones y de la irrealidad de los supuestos aplicamos este tipo de análisis al sistema de salud mexicano?

En primer lugar hay que señalar que la crítica por el lado de los supuestos es poco fructífera, ya que se puede arguir que toda teoría requiere de supuestos, y que la irrealidad de los mismos, no puede ser el criterio de validación; que a pesar de todas las limitaciones que se puedan encontrar, el mejor criterio de validación es la confrontación de los resultados de la investigación (del análisis) con la realidad misma.\*

En segundo lugar, me parece que la aplicación de este tipo de análisis no es un mero ejercicio intelectual, pues considero que a pesar de las limitaciones quedarán sentadas las bases para pasar a otro nivel de análisis.

No se deberá, no está por demás decirlo, intentar asimi-

-----  
\* Véase a Milton Friedman, 1982; Sosa, s.f.

lar el análisis tal cual se presenta en este apartado a la realidad misma, ésta, es mucho más compleja. Lo que quiero decir es que si el análisis de la realidad, en este caso el sistema de salud es un continuo estudio, dado lo cambiante de la realidad, el presente análisis es sólo una abstracción que busca decir "algo" que sirva como base a un desarrollo posterior de la investigación sobre dicho sistema de salud.

En el presente apartado se presenta en primer lugar, una breve exposición de algunos elementos de la teoría de la economía del bienestar, con esto pretendo señalar las bases que permitirán hacer una aplicación de la economía del bienestar al sector salud, en donde se muestra (a nivel muy abstracto) una técnica para manejar la asignación de recursos en la atención médica.

### 3.2.1 Algunos elementos fundamentales de la teoría de la economía del bienestar.

En esta parte, la intención es utilizar las condiciones neoclásicas del equilibrio general para desarrollar las condiciones marginales del máximo de bienestar social, y para evaluar la eficiencia de una economía de competencia perfecta.

Digamos que "...la economía del bienestar es aquella parte del estudio de la economía que explica cómo identificar y lograr una asignación de recursos socialmente eficiente." - - - (Leroy, 1980:531)

Se interesa sólo por las mejores soluciones pero el térmi

no "mejor" es subjetivo, incluso "óptimo" está sobrecargado de significado, por lo cual debemos de tener cuidado de no inferir que se está hablando acerca de la mejor o preferible asignación de recursos. Aquí el término se refiere a la maximización del valor económico de un conjunto dado de recursos.

Los supuestos\* utilizados son los siguientes: 1) El individuo es el mejor juez de su propio bienestar. 2) Si el individuo a prefiere a en lugar de b, su bienestar es mayor en la situación a que en la b. 3) El individuo actúa de acuerdo con sus propias preferencias.

Asumir estos supuestos es indispensable para el análisis del bienestar. Hay que señalar que por lo general se agregan requisitos, por ejemplo, el supuesto 1, no se considera aplicable a niños pequeños;\*\* el Estado actúa en beneficio del público evitando el consumo de drogas nocivas.

Para el análisis del bienestar económico se usa la caja de Edgeworth\*\*\*. El planteamiento de Edgeworth intenta demostrar los beneficios del intercambio, en el cual bajo las condiciones que expondremos, todos salen beneficiados quedando fuera de la teoría la posibilidad del engaño, al igual que la explotación.

El intercambio implica una distribución óptima; los individuos que intercambian obtienen una cantidad cualitativamente -----

\* Al final del capítulo haremos unos comentarios acerca de los supuestos.

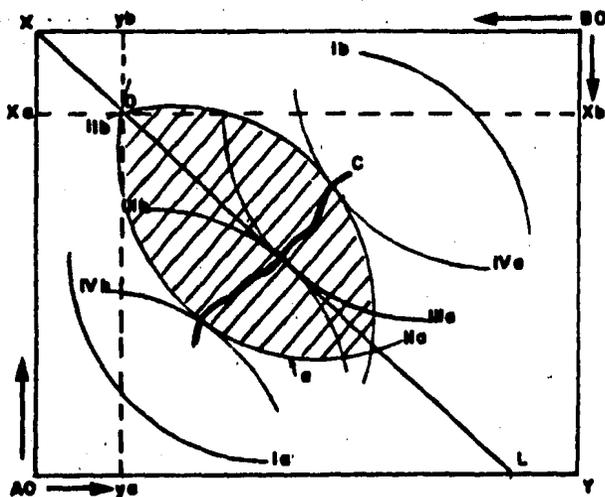
\*\* Vemos que al intentar considerar niños en el análisis presenta muchos problemas; antes vimos que la evaluación cuantitativa monetaria de los beneficios en una campaña de vacunación contra el sarampión fue abandonada.

\*\*\* Conocida también como caja de Edgeworth-Bowley.

mejor, es decir una cantidad deseada, diferente de productos. Esto implica la división del trabajo y la especialización.

El análisis\* se puede aplicar a problemas de consumo, esto es, al intercambio entre dos individuos de dos bienes existentes en cantidades fijas, como a problemas de producción, es decir, el uso de dos factores de la producción en diferentes proporciones en la producción de dos tipos de bienes.

Veamos el caso del intercambio en el consumo. Al diagrama de la caja de Edgeworth agregamos curvas de indiferencia, las cuales indican las combinaciones de los bienes X e Y, que le producen a un individuo el mismo nivel de satisfacción.



Gráfica III.2.1.(1)

total  $y = y_a + y_b$   
total  $x = x_a + x_b$   
a = área de ventaja mutua  
c = curva de contrato  
L = línea de presupuesto

\* Esta parte se basa en Ferguson 1971, Leroy 1980 y Quirk 1982.

En el punto D, la tasa marginal de sustitución (TMgS) para el individuo A de X por Y es relativamente alta, pues tiene mucho de X y poco de Y. Para el individuo B la TMgS de X por Y es relativamente baja, pues estaría dispuesto a ceder demasiado poco de X, por muchísimo de Y, ya que tiene muy poco del bien X y mucho del bien Y. Para B, la TMgS de Y por X es la que es alta, por lo que seguramente habrá intercambio, pues por lo menos en los dos puntos de la curva de contrato que están en los límites del área de ventaja mutua (a) alguien pasa a una curva de indiferencia mayor (IIa>Ia, IIIa>IIa, IVa>IIIa para el individuo A, y I Ib>Ib, II Ib>IIb, IVb>IIIb para el individuo B) sin que el otro salga perjudicado (sin que pierda nada).

El área sombreada es el área de ventaja mutua, donde ningún consumidor sale perdiendo, ya que en su interior hay "n" curvas de indiferencia (por el principio de densidad de las curvas de indiferencia de Hicks), habrá un punto de equilibrio en el intercambio, que sólo se puede lograr tomando en cuenta los precios que en el esquema están representados por la línea del presupuesto, una "curva" recta que es tangente a las curvas de indiferencia de A y B. El punto de equilibrio es el punto e, que representa el precio\* de equilibrio, donde la tasa marginal de sustitución de X por Y del individuo A es igual a la tasa marginal de sustitución de X por Y del individuo B, lo

-----  
 \* Cabe advertir que en todo el análisis estamos hablando de precios relativos.

cual a su vez, es igual a la relación de precios de X e Y. Esquemáticamente esto es:  $TMgS_{x,y}$  de A =  $TMgS_{x,y}$  de B =  $P_x/P_y$ .

En la gráfica que presentamos partimos de un punto (el D) que no es de ventaja mutua para los individuos, de modo que al intentar elevar al máximo su satisfacción (y este es otro supuesto, es decir los individuos buscan elevar al máximo su satisfacción o utilidad) iniciarán el proceso de intercambio, el que cesará en el punto e, dentro del área de ventaja mutua, en donde como señalamos, la tasa marginal de sustitución de ambos consumidores es igual, e igual a su relación de precios, donde alcanza cada uno su mayor curva de indiferencia.

Podemos ver que el equilibrio no es único, que puede ocurrir en cualquier punto de la curva de contrato que sea accesible. Generalizando, podemos decir que algunos puntos fuera de la curva pueden ser preferibles a otros en la curva, pero para cualquiera de estos puntos fuera de la curva, habrá uno o varios puntos en la curva que son preferibles.

Estos puntos son óptimos de Pareto, todos los puntos de la curva de contrato (o de conflicto, o de máxima eficiencia) son óptimos de Pareto, pues aquí no hay ningún cambio que beneficie a alguna persona sin que perjudique a otra.

La eficiencia en la teoría de la economía del bienestar se identifica con la condición u óptimo de Pareto, son sinónimos (Leroy, 1980). La medición de la eficiencia económica requiere que los valores se establezcan sobre los artículos; estos valores o precios, son los que el mercado presenta. Demos

una definición más precisa de lo que es un óptimo de Pareto: "...es toda distribución tal, que si se cambia para beneficiar a algunas personas, el cambio necesariamente perjudica a otra." (Ferguson, 1971:391)

Del diagrama de la caja de Edgeworth se deriva (vacando los puntos donde  $TMgS_{x,y}$  de A =  $TMgS_{x,y}$  de B) la frontera de posibilidades de utilidad que indica el nivel máximo de satisfacción que puede alcanzar una de las partes, para cualquier nivel dado de satisfacción de la otra. Dicha curva depende de la cantidad absoluta de cada uno de los bienes y de la porción total entre los mismos.

Como señala Ferguson, los números que se asignan a la utilidad son arbitrarios en lo que se refiere a las comparaciones interpersonales de utilidad. V. gr. 300 para B, no necesariamente es mayor que 135 para A, aunque para A 136 sea mayor que 135.

La restricción que surge de la negación de las comparaciones interpersonales de utilidad es la razón por la cual, algunos economistas consideran nimio y aburrido el análisis del bienestar. Sin embargo, como lo señala Maurice Dobb (1976) las cuestiones del bienestar penetran las discusiones de política económica.

Le llamamos frontera de posibilidades de utilidad en el caso del consumo. Cuando lo que estamos analizando es el equilibrio general del intercambio en la producción, obtenemos, a partir de la caja de Edgeworth, -donde en lugar de los indivi

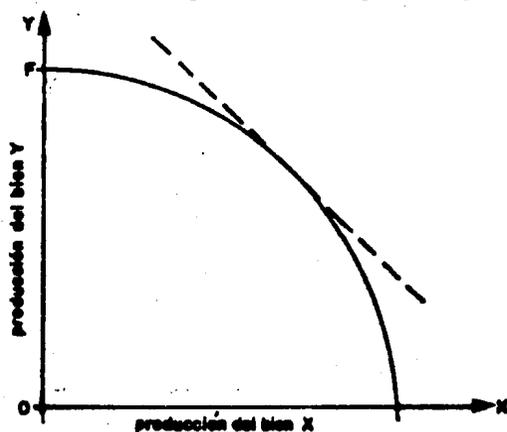
duos A y B, están los productos X e Y, en cuya producción intervienen los factores de la producción, capital y trabajo - por ejemplo- la curva de posibilidades de producción o curva de planeación de la economía que marca la frontera de posibilidades de producción.

Cabe señalar que en éste último caso, se aplican los mismos principios que en el caso del consumo, la única diferencia está en la terminología, como dice Ferguson, por ejemplo, en lugar de utilizar "tasa marginal de sustitución en el consumo (TMgSc), se usa tasa marginal de sustitución técnica - - (TMgSt) entre dos insumos.

Sabemos que en cualquier punto sobre la curva de contrato, se satisface la condición de Pareto. Señalemos ahora las tres condiciones marginales del bienestar social para obtener un óptimo de Pareto: a) para el intercambio: señala que la tasa marginal de sustitución entre dos bienes sea igual para todos los consumidores (;!):  $TMgSxy^1 = TMgSxy^2 = \dots = TMgSxy^n$ ; b) para la sustitución de factores: que la tasa marginal de sustitución técnica entre un par cualquiera de insumos sea igual en todas las industrias:  $TMgStkL^X = TMgStkL^Y$ ; c) para la sustitución de productos: que la tasa marginal de transformación en la producción debe ser igual a la tasa marginal de sustitución en el consumo para dos bienes cualesquiera y para cada uno de los individuos que consumen ambos bienes: - - - -  $TMgTxy = TMgSxy$ .

Ilustremos y definamos el concepto de tasa marginal de

transformación de Y en X como la pendiente de la curva de - - transformación (FF' en la frontera de posibilidades de producción). Dicha tasa indica el número de unidades en que debe - disminuir la producción de Y para poder aumentar en una unidad la producción de X, suponiendo ocupación plena de los recursos.



Gráfica III.2.1.(2)

En la competencia perfecta se eleva al máximo el beneficio cuando se alcanza el nivel de producción en el que el cos to marginal es igual al precio. Por lo tanto la tasa marginal de transformación de Y en X debe ser igual a la razón del pre cio de X al precio de Y. Y como nos dice la teoría, cuando ca da individuo resuelve implícitamente su problema de optimiza- ción limitada, el resultado es un conjunto de precios que, da da la conducta individual, conduce al máximo bienestar social

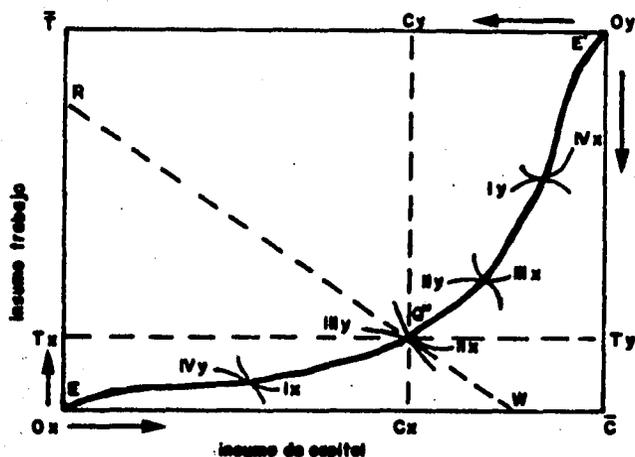
Como queremos generalizar el análisis del equilibrio para la economía del bienestar, debemos considerar el equili- - brio general, es decir debemos considerar los insumos, la pro

ducción y la distribución, por lo que es necesario hacer algunos supuestos adicionales.

Supuestos adicionales: las funciones de producción de X e Y están dadas y no cambian, son uniformes (continuas), tienen rendimientos constantes a escala y tasas marginales de sustitución técnica que disminuyen a lo largo de cualquier isocuanta.

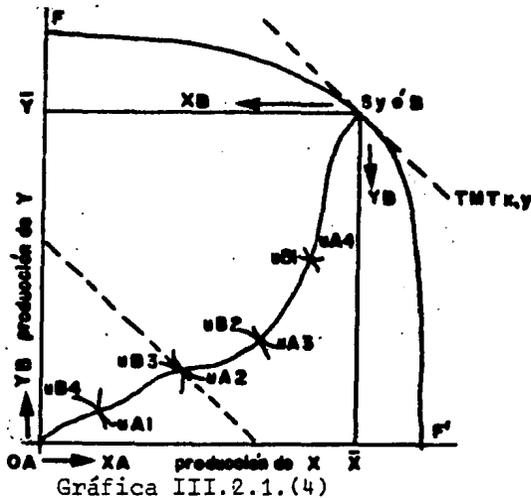
Los individuos tienen una función de preferencia ordinal bien definida que produce curvas de indiferencia normal. Existe una función de bienestar social de las escalas de preferencias de los individuos, que permite hacer un ordenamiento único de todas las situaciones posibles.

Veamos el paso de las funciones de producción a la frontera de posibilidades de producción.



III.2.1.(3) El mapa de producción en el espacio de insumos: las condiciones óptimas de la sustitución de factores.

Las dotaciones de insumos fijos  $\bar{C}$  y  $\bar{T}$  determinan las dimensiones de la caja de Edgeworth. La función de producción:  $P=f(C,T)$  de cada uno de los bienes, se caracteriza por iso-cuántas continuas ( $I_x...IV_x$  y  $I_y...IV_y$ ) que representan rendimientos constantes a escala y tasas marginales de sustitución técnica crecientes. La curva de contrato  $EE'$  se puede proyectar del espacio de insumos al espacio de productos, donde se convierte en la frontera de posibilidades de producción o curva de transformación  $FF'$ ; la pendiente indica la tasa marginal de transformación de X en Y.



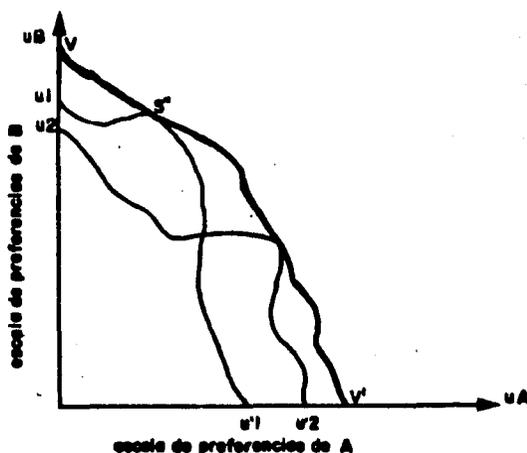
Escogemos un punto cualquiera de la curva  $FF'$ , como  $S$ , al cual corresponde  $S''$  en el espacio de los insumos. Los niveles de producción  $O\bar{X}$  y  $O\bar{Y}$  determinan las dimensiones de un diagrama de la caja de Edgeworth para el intercambio, hay tantas cajas de Edgeworth como puntos en la curva  $FF'$ . Las cur-

vas  $UA_1 \dots UA_4$ ; ilustran el campo de preferencia del individuo A, en tanto que  $UB_1 \dots UB_4$  el del individuo B. Los puntos de intercambio factible forman la curva de contrato  $U_1-U'_1$  correspondiente al punto S de la curva de transformación.

Observando los niveles de utilidad de A y B en el punto de la curva de contrato, podemos derivar la curva o frontera de posibilidades de utilidad correspondiente al punto de producción S.  $U_1-U'_1$  en la gráfica (5) representa un número infinito de pares de niveles de utilidad que son óptimos de Pareto, correspondientes a un par de niveles de producción que constituyen un óptimo de Pareto entre un número infinito de los mismos.

Cuando trazamos todas las posibles fronteras de utilidad y obtenemos la envolvente de los segmentos de las más altas fronteras de posibilidades de utilidad, tenemos una gran frontera de posibilidades de utilidad ( $VV'$ ). Cualquier punto dentro de la gran frontera es inferior a cualquier punto sobre la gran frontera (g.f. de p. de U.).

Cada punto de cada línea indica: a) una combinación única de utilidad para A y B, correspondiente a, b) una distribución única de la producción entre A y B, correspondiente a c) la igualdad entre la tasa marginal de transformación y la tasa marginal de sustitución de X por Y, d) en una combinación particular de niveles de producción de X e Y en la frontera de posibilidades de producción, que determina, e) una distribución única de los insumos capital y trabajo (C y T) en la



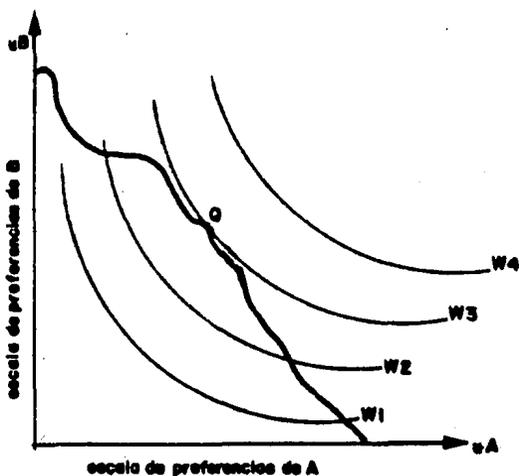
Gráfica III.2.1.(5)

producción de los bienes X e Y.

Si trazamos un conjunto de funciones de bienestar social, en base al último de los supuestos adicionales, que no son diferentes a los niveles de indiferencia individuales de  $W_1$  a  $W_4$ , podemos obtener un punto donde una curva de indiferencia social es tangente a la frontera (g.f.de p. de U.).  $Q$  es el punto de equilibrio único, o punto de "óptimo posible", porque representa la organización de intercambio, producción y distribución que conduce al máximo bienestar social obtenible.

Se estaría mejor en  $W_4$  (gráfica 6), pero es imposible con los recursos actuales y el estado de la tecnología.

Por otro lado, hay que señalar que está reconocido que la construcción de una función de utilidad social, aún teóricamente, es una empresa conceptual difícil, por lo que al graficarlas, simplemente supusimos que existían.



Gráfica III.2.1.(6)

Con esto tenemos más que el instrumental necesario para pasar a analizar la aplicación del bienestar en el sistema de salud. Para el objeto que queremos cumplir no es necesario seguir con el desarrollo de las condiciones "marginales" del máximo de bienestar social, ni evaluar la eficiencia de una economía de competencia perfecta. Simplemente hay que hacer las siguientes consideraciones:

- 1.- Que hay una equivalencia entre competencia perfecta y obtención del óptimo de Pareto.
- 2.- Que no toda asignación que satisface la condición de Pareto, es un óptimo de bienestar social, porque el óptimo de bienestar social depende de la función de bienestar social. Por lo que:
- 3.- La distribución podría mostrar que un sistema de competencia que satisface la condición de Pareto conduce a una ad

judicación eficiente "inadecuada",\* (por ejemplo una distribución que produce o que permite la existencia del hambre).

- 4.- El mundo real no nos proporciona un sistema de precios perfectamente competitivo.
- 5.- "Las discusiones acerca de los programas de redistribución de ingresos...suponen implícitamente que el bienestar de la sociedad aumenta cuando el ingreso se redistribuye." (Veroy, 1980:541)

Se ha anotado la última consideración porque es algo muy generalizado y podría tener cierta validez, lo cual generaría una discusión que no abordaremos aquí; simplemente diremos que en cuestiones de salud eso no necesariamente es válido y que inclusive, en ciertos extremos es negativo para la salud.

Pero esto, puede ser abordado de mejor manera después de haber desarrollado la aplicación del instrumental de la economía del bienestar al sector salud, por lo que es conveniente iniciarla.

### 3.2.2 El modelo de economía del bienestar en el sector salud.

En primer lugar hay que señalar que en las publicaciones donde se encontró la aplicación de la economía del bienestar al sector salud (todos para los EUA) se aplicaba directamente

\* Más adelante veremos si la idea de una adjudicación eficiente "inadecuada" se puede expresar en el caso de la atención médica como algo que es eficiente pero no efectivo. (ver nota de la pag. 85)

a la atención médica. Como recordaremos la atención a la salud va más allá de la atención médica e implica, entre otras cosas, la atención preventiva (ver apartado 3.1.2, supra).

Como señalamos, resulta muy complicado evaluar la contribución de cada una de las actividades necesarias, tales como atención médica, saneamiento, condiciones de vivienda, de trabajo, nutrición y educación, para alcanzar un nivel de salud "adecuado".

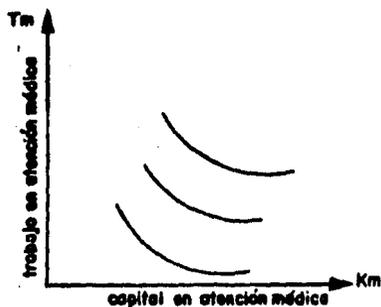
No es que se crea que los autores revisados lo ignoren, aunque algunos omitan tales consideraciones. En particular señalaremos que los dos trabajos consultados de Pauly Mark de Northwestern University respecto a los diferentes tipos de atención médica y respecto a la provisión pública de atención médica, están llenos de sugerencias para abordar de manera más profunda la materia objeto de esta tesis y de hecho, algunas ideas presentadas han sido sugeridas a raíz de su lectura.

Entrando en materia, imaginemos un sistema cerrado, esto es, estamos considerando un modelo cerrado que no recibe influencias externas (hasta que no lo consideremos así explícitamente) o exógenas al modelo. Consideremos que se producen dos bienes: atención médica ( $m$ ) y atención preventiva ( $p$ ), en cuya producción intervienen dos insumos: capital ( $k$ ) y trabajo ( $t$ ) y sólo existen dos "agentes económicos" que se encargan de producir los dos bienes o servicios de este sistema de salud.

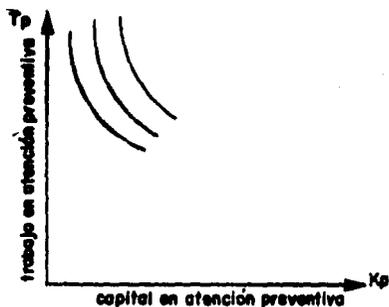
Entre ambos "agentes económicos", que podrían ser las -

instituciones de seguridad social (S) (IMSS, ISSSTE, servicios médicos de PEMEX, etc.) produciendo atención médica por un lado, y las instituciones de asistencia social (A) (Secretaría de Salud, DIF, COPLAMAR, etc.) produciendo atención preventiva por otro lado\* se agota la totalidad de los insumos existentes.

Los mapas de producción de los "agentes económicos" se representan en las siguientes figuras:



Gráfica III.2.2.(1)



Gráfica III.2.2.(2)

Se supone que operan con rendimientos constantes a escala y que las isocuantas delimitan conjuntos convexos; es decir, en la producción de ambos servicios se cumple la ley del decrecimiento de la relación marginal de sustitución entre

---

\* Desde luego esto tiene muy poco que ver con la realidad, ya que, es obvio, no existe una separación tan esquemática. El ejemplo es sólo una sugerencia que, si se desea, puede ser de sechada.

factores.

En g.(1), el servicio de atención médica es más intensivo en capital que la atención preventiva (o programas de prevención) en g.(2); esto significa que dada cualquier relación salario-precio del capital, la relación  $K/L$  que minimiza el costo de producción es mayor en la producción de atención médica, que en la producción de atención preventiva; o lo que es lo mismo, los programas de atención preventiva son más intensivos en trabajo, que los de atención médica.

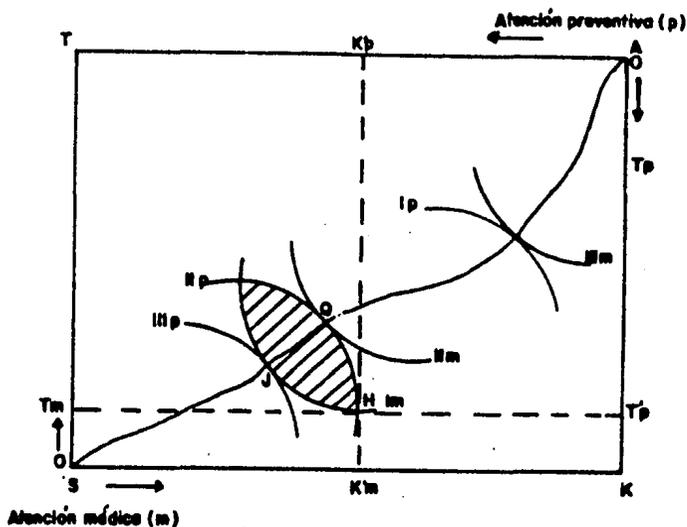
Supongamos que existen  $X$  unidades de capital y  $T$  unidades de trabajo en el sistema de salud. La caja de Edgeworth permite indicar cómo pueden asignarse estas cantidades de capital y trabajo a la producción de  $m$  y  $p$  en un sistema competitivo.

Por supuesto, ni la atención médica, ni menos aún, la atención preventiva son mercados perfectamente competitivos, pero considero que entender el funcionamiento de los mercados competitivos sirve para apreciar la organización tal cual existe del sistema de salud, sobre todo de los hospitales y otros servicios particulares, y para proponer políticas alternativas.

Como vimos en el apartado anterior la competencia perfecta puede alcanzar el óptimo de Pareto. A menos que se esté en un óptimo de Pareto, cualquier persona puede estar mejor, "... esta propiedad hace del máximo de Pareto un patrón para juzgar arreglos alternativos para organizar la producción."\*(Newhouse,1978:90)

---

\* Traducción libre.



Gráfica III.2.2.(3)

Dentro de la caja se han presentado ambos mapas de producción. En realidad hay una infinidad de isocuantas que no dibujamos, pero que tienen la misma forma general. Los puntos a lo largo de la isocuanta  $I_m$ , muestran varias combinaciones de capital y trabajo que producirían una cantidad constante de atención médica. Lo mismo puede decirse respecto a los puntos a lo largo de la isocuanta  $II_m$ ; sin embargo, la cantidad de atención médica producida por las combinaciones de capital y trabajo representada por la isocuanta  $II_m$  es más grande que la combinación representada por la isocuanta  $I_m$ . Visto de otra manera, la isocuanta  $II_m$ , está representando una asignación mayor de capital y trabajo para la atención médica.

El mismo razonamiento se puede aplicar para el caso de la atención preventiva, sólo que en este caso sus isocuantas son

la  $I_p$ , la  $I_{Ip}$  y la  $III_p$ . En el punto oA ninguna cantidad de capital y trabajo se dedica a la producción de atención preventiva, todo se dedica a la producción de atención médica. El punto en el cual no se produce atención médica, es el punto oS. Supongamos que este sistema de salud divide normalmente (o actualmente) las cantidades disponibles -no olvidar que son fijas- de capital y trabajo, de tal forma que nos encontramos en el punto H. Una cantidad de atención médica correspondiente a la isocuanta  $I_m$  esta siendo producida, y una cantidad de servicios preventivos\* correspondiente a la isocuanta  $I_{Ip}$  está siendo producida. Este sistema cerrado de salud no se encuentra en un punto óptimo de Pareto, porque cualquier movimiento del punto H al área sombreada, incrementará la producción de ambos bienes o servicios de atención preventiva y de atención médica. Se producirá más atención médica porque la nueva isocuanta de atención médica se encuentra al noreste de la isocuanta  $I_m$  (cerca de la isocuanta  $IIm$ ), y más atención preventiva porque la nueva isocuanta para este servicio se encuentra al suroeste de la isocuanta  $I_{Ip}$ .

Hay que recordar que en el punto oA no hay producción de atención preventiva, y que cualquier movimiento hacia el suroeste a partir de ese punto, representa un incremento en la producción de atención preventiva; por ejemplo, la isocuanta  $III_p$  representa más atención preventiva que la isocuanta  $I_{Ip}$ .

---

\* Hemos estado suponiendo que ambos bienes se pueden contar y se pueden hacer homogéneos.

Si más de ambos bienes puede ser producido, cada uno de los "agentes económicos" puede estar mejor (una pequeña cantidad de servicios adicional puede ser producida), ya que el punto H, no es un punto de óptimo de Pareto.

Tal punto no es un óptimo de Pareto, porque las pendientes de las isocuantas para los dos bienes en el punto H no son iguales. En el punto H, la atención médica usa una cantidad - muy pequeña de trabajo y una cantidad relativamente grande de capital, lo contrario es verdadero para la atención preventiva. Por ejemplo, uno debe ser capaz de alcanzar el mismo nivel de producción de atención médica entregando 2.3 unidades de capital y recibiendo una unidad de trabajo a cambio.\* Pero también se debe ser capaz de alcanzar el mismo nivel de atención preventiva por la vía de entregar 2.3 unidades de trabajo a cambio de una unidad de capital.\*\*

Supongamos que los productores de atención médica entregan sólo una unidad de capital y reciben a cambio una unidad de trabajo. Como la producción de atención médica puede ser alcanzada en una proporción constante entregando 2.3 unidades de capital a cambio de una unidad de trabajo, habrá 1.3 unidades de capital (excedentes) "de sobra", para producir más atención médica que la que se había estado produciendo en la isocuenta Im.

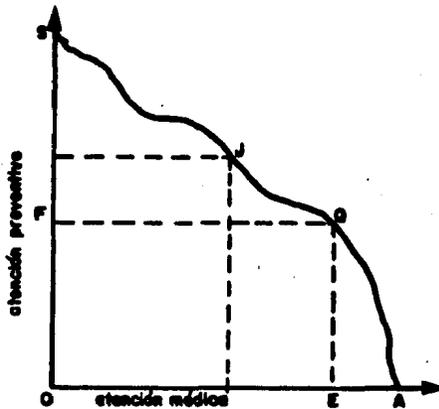
---

\* También estamos suponiendo la existencia de un "capital plus tilina". No ignoramos los problemas relacionados con la indivisibilidad del capital.

\*\* Las proporciones se obtuvieron mediante el uso de la geometría.

Vemos pues, que la reasignación de factores entre los dos servicios, puede incrementar la producción de ambos. Una reasignación de esta clase, siempre puede tener lugar, a menos que las pendientes de las isocuantas sean iguales. La igualdad se da donde las isocuantas son tangentes una con otra, y es una condición necesaria para la eficiencia en la producción.

De la curva de contrato S-A, se puede derivar la curva de posibilidades de producción de este sistema de salud como se muestra en la siguiente gráfica.



Gráfica III.2.2.(4): Curva de posibilidades de producción.

La curva de posibilidades de producción que muestra la cantidad máxima de atención médica, que puede ser producida para cualquier cantidad dada de atención preventiva, se deriva simplemente al tomar los niveles de producción de los dos bienes que están representados por los puntos de tangencia de sus respectivas isocuantas en la curva de contrato. Así pues, los

puntos S y A son los puntos extremos de la curva de posibilidades de producción. El punto Q representa una cantidad de atención médica igual a la que está representada por la isocuanta  $I_{Im}$  y una cantidad de atención preventiva representada por la isocuanta  $I_{Ip}$ . Lo mismo podemos decir respecto al punto J, sólo que aquí hay una mayor cantidad de atención preventiva.

A partir del punto H en la gráfica (3), cualquiera de los dos puntos podía haber sido alcanzado y ambos son óptimos de Pareto.

La competencia perfecta (o una "dictadura", como señala Ferguson) asegura que el sistema produzca sobre la curva de posibilidades de producción y no fuera de ella. Esto es así - porque las empresas minimizarán su costo de producción y su producción donde la pendiente de las isocuantas iguale la tasa de precios de los dos factores. Como cada empresa usa los mismos dos factores y enfrenta la misma tasa de precios para esos factores, la pendiente de la isocuanta en el punto en que cada empresa produce es la misma. Dicho de otra forma, para el punto H, que está fuera de la curva de contrato, existe un punto de costo mínimo tanto para las empresas que producen atención médica, como para las que producen medicina preventiva; las empresas tendrían que enfrentar diferentes tasas de precios para el capital y para el trabajo. Pero eso no es posible en un mercado competitivo.

Supongamos entonces que las empresas o "agentes económicos", producen en la curva de contrato y que el sistema de sa-

lud se encuentra sobre la curva de posibilidades de producción y que cierta cantidad de atención médica y atención preventiva está siendo producida, como se muestra en el punto Q. La gráfica (4) muestra para el punto Q dos líneas punteadas que forman una caja dentro de la curva de posibilidades de producción, algo parecido a la caja de la gráfica (3). Recordemos que hay tantas cajas de Edgeworth, como puntos a lo largo de la curva de posibilidades de producción.

En la gráfica (5) se muestra de manera ampliada la caja que se forma para el punto Q en la gráfica (4). El punto Q define una cantidad de atención médica [OE en g. (4)] y una cantidad de atención preventiva [OF en g. (4)] producidas por los "agentes económicos" en nuestro sistema perfectamente competitivo. Esta cantidad de atención médica se representa por la línea horizontal en la g.(5) y la cantidad de atención preventiva, está representada por la línea vertical. Dentro de la caja encontramos curvas de indiferencia (en lugar de isocuantas).

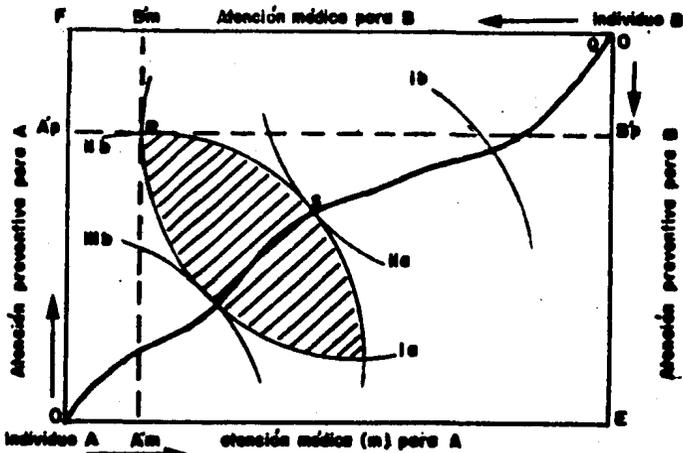
La curva de indiferencia Ia muestra las combinaciones de atención médica y atención preventiva que dejarán al "individuo A"\* igualmente bien, sin cambio en su nivel de satisfacción.

La curva de indiferencia IIa es preferida a la curva Ia. Las curvas de indiferencia Ib, IIb y IIIb, pertenecen al "indi

---

\* Aquí como cuando hablábamos de los "agentes económicos", podemos burdamente imaginar que el "individuo A" está formado por personas de un bajo nivel de ingreso, y que el "individuo B", es un grupo de personas con alto nivel de ingreso, pero esto parece que no nos lleva muy lejos, a menos de que continuemos agregando supuestos.

viduo B".



Gráfica III.2.2.(5)

Supongamos que la cantidad de  $m$  y  $p$  que cada individuo recibe, está representada por el punto  $R$ . Entonces cada individuo podrá estar mejor con un movimiento hacia el área de ventaja mutua. Son los pasos que ya conocemos; la persona  $A$  valora la atención médica (en relación a la preventiva) más altamente que el individuo  $B$ , cuando ambos están en el punto  $R$ . Entonces ambos estarán mejor si el individuo  $B$  cambia algo de atención médica por algo de atención preventiva.\*

Posiblemente el intercambio será mutuamente beneficioso

\* Podemos imaginar el caso extremo de un hipocondriaco millonario o no, - que se la pasa en los hospitales haciendo uso de los aparatos más sofisticados; seguramente le haría mucho bien algo de atención preventiva (como mejorar su dieta, hacer ejercicio al aire libre, etc) mientras que alguien con pocas posibilidades de acceso a los desarrollados aparatos de diagnóstico y tratamiento, con gusto dejaría algo de su "atención preventiva" a cambio.

en la medida que las dos personas tengan valuaciones relativas diferentes de los dos bienes. Tendrán la misma valuación relativa de los bienes cuando las curvas de indiferencia sean tangentes. La línea que va del suroeste al noreste muestra el conjunto de puntos en los que las curvas de indiferencia son tangentes y es otra curva de contrato, que define los puntos en los que el beneficio mutuo por el intercambio ya no es posible, conocida como eficiencia en el intercambio.

Si ambos individuos maximizan su utilidad, cada uno comprará una combinación de bienes donde la pendiente de su curva de indiferencia iguale la tasa de precios de los dos bienes. En competencia perfecta ambos consumidores enfrentarán el mismo precio (de mercado) para los dos bienes, de manera que las pendientes de sus curvas de indiferencia se igualarán en el punto de maximización de utilidad, precisamente la condición requerida para estar sobre la curva de contrato.

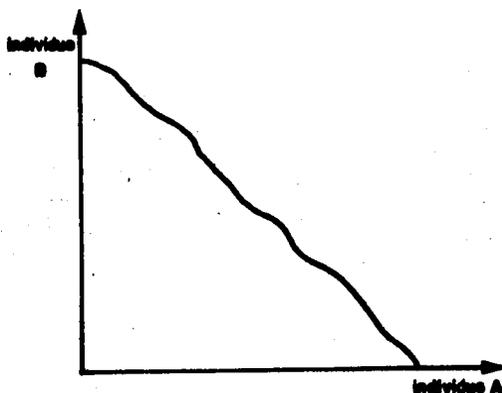
Recordemos que necesitamos una condición adicional para el óptimo de Pareto. Supongamos que en el punto S de la gráfica (5) la pendiente de ambas curvas de indiferencia no es igual a la pendiente de la curva de posibilidades de producción en el punto Q [g.(4)]. La pendiente en Q define las posibilidades reales de producción, dado un bien para obtener más de otro. Por ejemplo, supongamos que la pendiente en Q es -1, de modo que se pueden obtener dos unidades más de atención preventiva si son entregadas dos unidades de atención médica. No obstante, supongamos que las pendientes de las curvas de indife-

rencia en S muestran que cada consumidor puede sentirse igualmente bien entregando una unidad de atención preventiva por dos unidades de atención médica. En ese caso las dos personas entregarían dos unidades de atención médica. Ellos obtendrán dos unidades de atención preventiva (como por la curva de posibilidades de producción), pero ahora está mejor porque estarían igualmente bien con una unidad más de atención preventiva (como por la curva de indiferencia). Para esta clase de reasignación no existe beneficio para ambas partes; la pendiente de la curva de indiferencia debe ser igual que la pendiente de la curva de posibilidades de producción.

De nuevo esta condición se satisface en la competencia perfecta, la tasa real de transformación entre los dos bienes (la pendiente en Q) debe igualar la tasa de precios de los dos bienes. Si esta condición no se mantiene se pagará a alguien por producir menos de un bien y más de otro. Por ejemplo, supóngase que tanto la atención médica como la atención preventiva se venden a \$100.00 por unidad, pero si una unidad de atención médica se da, dos unidades de atención preventiva pueden ser producidas. Las empresas productoras de atención médica encontrarán que la producción de atención preventiva es más redituable y se saldrán de la atención médica hasta que la tasa de precios entre los dos bienes o servicios iguale la tasa real de transformación porque las compras de los consumidores que tratan de maximizar su utilidad para encontrar la pendiente de sus curvas de indiferencia igual a la --

tasa de precios, la pendiente de las curvas igualará la pendiente de la frontera de posibilidades de producción.

Supongamos ahora que S en la gráfica (5) representa un punto en el que la pendiente de la curva de indiferencia iguala la pendiente de la curva de posibilidades de producción. (Probablemente hay más de un punto como S en la curva de contrato). El punto S representa una distribución de utilidad entre las dos personas. La gráfica (6) muestra la distribución de utilidad representada por todos los puntos que tienen las mismas propiedades del punto S. Es lo que en el apartado anterior llamamos la gran frontera de posibilidades de utilidad.



Gráfica III.2.2.(6): Frontera de posibilidades de utilidad.

La frontera muestra el máximo posible de utilidad para cada persona, manteniendo la utilidad de la otra persona constante. Las propiedades son las mismas que las menciona-

das para la gráfica (5) del apartado anterior.

La distribución inicial del ingreso entre las dos personas (o dos grupos homogéneos de personas) determinará cuál es el actual punto sobre la curva obtenido. (Recordemos que en la gráfica (5), el ingreso del consumidor o restricción del presupuesto determina la altura que la curva de indiferencia de una persona puede alcanzar).

Con esto se demuestra un postulado básico de la economía del bienestar: que en competencia perfecta en un punto de óptimo o de máxima eficiencia nadie puede estar mejor, sin hacer que alguien empeore su situación. Decir que alguien debería o podría estar mejor a expensas de otro(s) (por ejemplo, que las personas con mayores niveles de ingresos deberían pagar impuestos para ser usados en beneficio de la gente pobre), es decir que la distribución del ingreso no es aceptable.

Con esto nos situamos de lleno en el terreno de la crítica a la economía del bienestar. Aquí presentamos fundamentalmente algunas críticas que se refieren directamente al sistema de salud, por lo que otras críticas que se refieren a la teoría neoclásica en general o a la teoría de la economía del bienestar, no serán desarrolladas, por considerar que no son objeto específico de esta tesis.

Aunque las críticas al concepto de capital neoclásico, a las funciones de producción linealmente homogéneas, y los --

problemas con las leyes de los rendimientos decrecientes; - así como las críticas a la búsqueda de un sistema único de precios y otras, que se refieren directamente a la economía del bienestar afectan a la aplicación de este instrumental al sistema de salud; sólo diremos que las tenemos presentes y que buscamos desarrollar aquí sólo aquellas críticas que afectan de forma más directa a la economía del bienestar del sistema de salud.

Habiendo iniciado con el problema de la distribución del ingreso, diremos que en cuanto a "la elección de posiciones a lo largo de la curva de contrato, el principio de Pareto es incapaz de pronunciarse, ya que éstas representan desplazamientos de la distribución entre A y B que implican conflicto entre ellos, en el sentido de que lo que A gana debe ser a expensas de B, y viceversa". (Dobb, 1976:24).

Debemos tener cuidado con el procedimiento alterno muy usado de suponer que el efecto en la distribución de los desplazamientos en la producción será neutralizado por desplazamientos simultáneos y compensatorios en el ingreso en dinero escondiéndose aquí el hecho de que no se quiere reconocer -- que la producción afecta la distribución del ingreso.

"Gran parte de la teoría ortodoxa del bienestar carece de realismo debido precisamente, a que supone que la distribución de riqueza deseada ya se ha obtenido (y es de algún modo conservada) y entonces procede a considerar el sistema de precios como un mecanismo altamente especializado de re--

distribución de recursos, el cual no ejerce influencia de ningún tipo, sobre la distribución de la riqueza". (Graff, 1967: 163).

Hay quien dice que el consumo de servicios de atención médica no debería depender de la capacidad de pago (del ingreso). Podríamos estar de acuerdo o no con esta posición, de hecho en lo particular, me inclino por una mezcla de formas de pago y de prestación de los servicios; de nuevo aquí es necesaria la distinción entre medicina curativa y medicina preventiva. En términos técnicos la atención médica debería presentar una elasticidad ingreso de la demanda cercana a cero. "Encargando al mercado" los precios de la atención médica, no se encontrará una elasticidad ingreso de la demanda cercana a cero. De aquí que muchos estén de acuerdo en que el resultado de un sistema de precios no adulterado no es aceptable, al menos para los pobres".\* (Newhouse, 1978:96).

Aunque no lo comprobaremos con números, es claro y es sabido que en México existen (simplemente hay que buscar en las instituciones de asistencia social cuál es el costo de sus servicios y a cuanto ascienden las cuotas de recuperación que pagan los pacientes) precios discriminados para los servicios médicos.

---

\*) Traducción libre.

No es sorprendente que los precios discriminados no sean consistentes con el óptimo de Pareto. Para ver por qué, observemos la gráfica (5). Supongamos -como lo habíamos hecho en el pie de página- que el "individuo A" es pobre o de bajos ingresos, y que el "individuo B" es rico o con un alto nivel de ingresos. Si ellos tienen diferentes precios (relativos) para la atención médica y la medicina preventiva, estarán en un punto como R, fuera de la curva de contrato. Cada uno se moverá al punto donde la línea de presupuesto (dada por su -- restricción presupuestaria) es tangente a la curva de indi-- ferencia, pero con diferentes tasas de precios, las curvas de indiferencia no serán tangentes a ese punto.

Si la distribución del ingreso no es aceptable será prefe rible vender servicios médicos a la gente de bajos ingresos - a un bajo precio y regalársela (\*) a la gente con cero ingresos. Pero como nos alerta Joseph Newhouse, se obtendrán buenos resultados sólo si el bien es no transferible, es el caso de la atención médica, y si la entrada a la "industria de la salud" es controlada; de otra manera, nuevas firmas entrarán al mercado de las personas ricas.

---

\*) Sobre todo la atención preventiva

Naturalmente esto último es el caso de las personas con un alto nivel de ingresos; los hospitales particulares existen para ellos en base a "una diferenciación de servicio"; - es por ello que, el que el bien no sea transferible y el control de la entrada a la "industria de la salud", son problemas diferentes; pues para amplios sectores de la población - las instituciones de salud y seguridad social imponen un bajo precio de monopolio, y los consultorios particulares florecen -para este sector de la población- en los lugares alejados de las clínicas de las instituciones de salud y seguridad social, aquí no se entra al mercado por la diferenciación del servicio.

El caso de los servicios de atención preventiva es algo diferente, la mayor parte de su producción recae en las instituciones de asistencia social más que en las de seguridad social; dada la variedad de los servicios, encontramos algunos en los que no se cumple el requisito anteriormente mencionado de que el bien no sea transferible, pero también encontramos situaciones en donde al igual que en la atención médica se dan economías y deseconomías externas.

Ejemplifiquemos una situación de un bien de atención preventiva en el que no se cumpla el requisito de que el bien sea no transferible. Supongamos que la barra de cacahuete - que distribuye el DIF en las escuelas primarias de las colonias marginales, buscando contribuir a una mejor nutrición - de los niños, -una medida preventiva- se vende en \$10.00; --

pero supongamos también que una barra de cacahuete idéntica se vende, para las personas con mayores ingresos en \$25.00. Las barras de chocolate cuestan \$20.00 para toda la gente. Si un individuo maximiza su utilidad sujeto a una restricción presupuestaria, la utilidad marginal de la última unidad del bien comprado dividido entre su precio es igual para todos los bienes. Si estas relaciones no son iguales, significa que el individuo no está maximizando su utilidad.

Aplicando tal razonamiento, la última barra de cacahuete comprada por el individuo con mayores ingresos le da \$25.00 como valor de su utilidad o satisfacción, mientras que la última barra de chocolate comprada le da \$20.00 como valor de su utilidad. A diferencia de esto, un individuo de una colonia marginada valuaría la última barra de cacahuete comprada a \$10.00, y la última barra de chocolate a \$20.00. Sería ventajoso para este individuo intercambiar con la gente "rica" barras de cacahuete por barras de chocolate. Supongamos que hace el cambio de una barra de cacahuete por una de chocolate; el individuo de bajo nivel de ingresos habrá entregado algo valuado en \$10.00 y recibido algo valuado en \$20.00. El individuo "rico" habrá entregado algo que él valía en \$20.00 y recibido algo valuado en \$25.00. Por lo tanto, ahora los dos individuos están mejor, y si ambos pueden estar mejor, significa que no estamos en un punto óptimo de Pareto.

Por lo tanto no todos los servicios de atención preven

tiva o de seguridad o asistencia social, si así se les quiere llamar, que produce el DIF están siendo eficientes; nótese que se puede ser eficaz, esto es cumplir con la meta de entregar X número de desayunos en las escuelas de las colonias populares, sin ser eficientes. Esto se debe a que estamos tratando con un bien transferible, donde para poder mantener un precio discriminado se requiere de muchos controles, lo cual por supuesto, incrementará el costo del servicio producido.

Otra crítica tiene que ver con la ignorancia del consumidor (o del paciente) acerca de los beneficios de los servicios de atención médica. Aún excluyendo la mal intencionada manipulación del paciente a favor del médico -lo que se podría dar más bien en la atención médica privada-, un médico bien intencionado no puede conocer con certeza la función de utilidad del consumidor de atención médica. Aún - - cuando el paciente conozca tanto de medicina como el médico (y quizá por lo mismo) el paciente puede elegir consumir más o menos servicios médicos de los que su médico le recomienda.

La ignorancia del consumidor de servicios médicos es un asunto central en el debate de la organización de los servicios médicos; en un futuro no lejano, quizás será posible resolver este problema con el desarrollo de la informática y el uso amplio de las computadoras, por lo pronto seguiremos poniéndonos en manos del médico.

Un asunto muy relacionado con el de la ignorancia del consumidor es el de los gustos o preferencias del consumidor de servicios médicos. Aquí sólo señalaremos que no se debe olvidar que las preferencias son moldeadas por las - - fuerzas sociales, entre las que tienen gran peso, tanto el personal médico, como los laboratorios farmacéuticos.

Las condiciones marginales para alcanzar un óptimo de Pareto son tan restrictivas, que los neoclásicos han reconocido el fracaso del mercado al respecto, por lo que sería necesario adoptar otro enfoque de la maximización del bienestar, si es que tal maximización puede existir.

Los costos sociales incluyen todos los costos gravados de una acción, sean explícitos o implícitos. De acuerdo con la teoría, si el bienestar de la sociedad debe ser máximo, los costos marginales privados deben ser iguales a los costos marginales sociales.

Para finalizar este apartado diremos que quedan algunos cabos sueltos que es necesario retomar en una futura investigación que profundice sobre el tema y que con lo escrito queda demostrado, aunque se podría abundar más sobre el particular, que no existen ni pueden existir criterios precisos y exactos para medir la eficiencia en la aplicación de los recursos para la atención a la salud. Lo más que - - existen son formas de organización rígidas, supuestamente eficientes.

## CAPITULO CUATRO

La eficacia y la eficiencia en el sistema mexicano de salud, 1976-1982.

Durante el gobierno de José López Portillo, más bien implícita que explícitamente, se aplicó un modelo de economía del bienestar en el sector salud, ciertamente, no como el que hemos analizado en el capítulo III. Lo que se puede decir con firmeza es que no es posible creer que la estrategia de atención a la salud caracterizada por los mínimos de bienestar haya carecido de una racionalidad. Necesariamente existió la preocupación de conocer y adoptar la alternativa que optimizara el uso de los recursos disponibles.

Entonces, de nuevo surge la pregunta: ¿Cómo optimizar el uso de los recursos disponibles?. De la revisión de la organización y funcionamiento del sistema de salud hecho por la Presidencia de la República a través de la Coordinación General del Plan de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), y por otro lado la Coordinación del Sector Salud\* surgió una propuesta que previamente conoció las dificultades que existen para poder medir la eficiencia en este sector.

La validez teórico-política de esta estrategia tiene como -

---

\* Ver COPLAMAR, 1979 "Mínimos de bienestar 4. Salud."; SPP, 1977 "Programa de Acción del Sector Público 1978-1982."; etc.

eje central, como una causa que le da impulso, la expansión del Estado benefactor. Desde que se elaboró dicha estrategia el Estado se estaba refortaleciendo, gracias a las expectativas que los recursos petroleros ofrecían (1977); era posible elaborar un plan ambicioso, "nos preparábamos para administrar la abundancia", el Estado se vanagloriaba de poder ofrecer mínimos de bienestar en salud, alimentación, educación y vivienda.

Sin embargo, como dice Rajchenberg (1982), "El 'Welfare state' nunca fue ni podrá ser en América Latina una realidad totalmente acabada. Si en los países desarrollados pudo pensarse que el Estado lograría, a lo largo, desterrar el desempleo, la pobreza, la inseguridad social porque el Estado emprendió políticas sociales de gran envergadura... en nuestros países, las ilusiones acerca de que el capitalismo dependiente pudiera resolver los problemas que aquejan a las clases trabajadoras insertas en este sistema nunca pudieron florecer seriamente." (Rajchenberg, 1982:108)

En la primera parte del presente capítulo, expondré, en términos muy resumidos, el diagnóstico y las principales propuestas en el Programa de Acción del Sector Salud y Seguridad Social 1978-1982; y en el Marco sectorial de salud, asistencia y seguridad social, 1980-1982. Esto es así, ya que el sistema de salud podrá ser juzgado como "óptimo" o eficiente, sólo después de señalar cuál es el objetivo de las acciones de salud y seguridad social; sólo así podremos

saber si se está siendo eficaz, ya que, como lo señalamos, la eficacia se mide en términos de consecución de metas propuestas.

Ahora bien, dada la imposibilidad de medir la eficiencia de las acciones de salud (ver capítulo III), lo único que podemos usar en un intento por analizarla, son algunos parámetros de comparación. Con este fin, se han organizado y analizado algunas cifras estadísticas. Esto se presenta en el segundo apartado del presente capítulo.

En seguida, se analizan algunas medidas y señalamientos con respecto al sistema de salud que surgen a raíz de la crisis económica de 1982. Finalmente se hacen algunas propuestas, que se encaminan en la búsqueda de una alternativa viable.

#### 4.1 Organización del sistema de salud.

Después de que López Portillo asume la Presidencia de la República hay un lapso de tiempo de aproximadamente un año, en que no hay un programa o estrategia del sector salud y seguridad social. No hay pronunciamientos respecto al Plan Nacional de Salud 1974-1976, no se sabe a ciencia cierta cuál es el programa del nuevo gobierno hacia este sector.

En 1977 se publica el Programa de Acción del Sector Público 1978-1982, cuyo capítulo X: Programa quinquenal del sector salud y seguridad social, analizaremos en primer lugar.

Aunque se conoce la diferencia entre la salud y la seguridad social, y entre la asistencia y la seguridad social no se da mucha importancia y se mezclan los conceptos al hacer el diagnóstico del sector.

"La división entre salud y seguridad social es una convención para efectos de análisis, ya que conceptualmente la salud es sólo un elemento, si bien de primera magnitud, para proporcionar condiciones de seguridad social a la población. En el rubro seguridad social, se agrupan un conjunto de acciones específicas que usualmente se han denominado de previsión y asistencia social, y cuya diferencia con las que prestan los seguros sociales no radica en las necesidades que cubren, sino en aspectos contractuales." (SPP,1977:1)

En este párrafo se anota con claridad la diferencia, - que radica en aspectos contractuales, entre la seguridad social y la asistencia social; sin embargo, también se nota que se da poca importancia a tal diferencia, por decir algo, no es lo mismo el que exige, porque tiene una relación contractual, el servicio de guardería o un préstamo personal, que el que va a un orfanatorio o a un comedor público.

Más adelante veremos que tampoco en el Plan Global de Desarrollo (PGD) donde toma cuerpo la estrategia hacia el sector, se profundiza sobre la diferencia que aquí señalamos: ahí la preocupación central son los marginados de los "frutos del desarrollo", no se cuestiona la organización del sistema de salud, pues con el crecimiento del empleo está -

creciendo la cobertura de la seguridad social.

Volviendo al primer documento, vemos que hay claridad respecto a los problemas de salud más importantes, y que se es autocrítico en cuanto a las desigualdades y la orientación del sistema de salud:

"Existen desigualdades en la distribución de servicios y desequilibrios presupuestarios entre las distintas instituciones. Predomina en el sistema la prestación de una atención médica curativa compleja, centralizada y de costos elevados, dirigida a grupos minoritarios, más que a la prestación de servicios mínimos a las grandes mayorías." (SPP,1977:5). No hay gradación en los servicios, "...En síntesis los servicios existen fraccionados, sujetos a presiones distorsionadas de la demanda y la oferta que confunden la atención médica curativa con la salud. Además, ha habido un escaso de desarrollo en el análisis, la investigación y la operación programada sobre los problemas de la colectividad." (SPP,1977:6)

Se hace explícito el objetivo anunciado posteriormente por COPLAMAR en la estrategia de mínimos de bienestar 4. salud (1979).

"Hacia finales de este siglo, los sistemas de salud y seguridad social deberán garantizar a toda la población la atención necesaria para prevenir y curar la enfermedad, preservar su capacidad de trabajo y prolongar su vida en condiciones adecuadas a sus necesidades sociales, culturales y ambientales." (SPP,1977:12)

Tendrá prioridad la medicina de contacto primario (prevención, rehabilitación, etc.), haciendo más eficientes y menos oneroso el gasto de atención médica.

Habría que señalar que lo que hace más costoso el sistema de salud y seguridad social, es precisamente lo que se gasta en la seguridad social, aunque también se ha reconocido un alto costo en la atención curativa, no así en la preventiva. Aunque es difícil encontrar información sobre el costo de los servicios, y una separación sistemática entre el gasto en salud y el gasto en seguridad social, por un lado, y por otro, una separación del gasto en atención preventiva y el gasto en atención curativa, más adelante, presentaremos algunos indicadores de esta situación.

Un ejemplo de la dificultad señalada es la referencia al volumen del gasto cuando se quiere hacer alguna referencia al costo de los servicios: "Debe considerarse que el costo actual de los servicios es muy elevado, si se toma en consideración que el gasto presupuestal del sector ascendió en 1977 a un poco más de 73 mil millones de pesos, alcanzando el gasto por derechohabiente cifras que van de los cuatro a los seis mil pesos." (SPP,1977:16)

Por supuesto, con esto no se fundamenta que el costo sea elevado, la cifra por sí sola no nos dice nada. Por otro lado, como decía en el capítulo II, no se puede generalizar el concepto de nivel de gasto público apropiado, éste depende de las metas que se propongan alcanzar, de las caracterís

ticas de la población objeto del programa de salud, de la estructura demográfica de la población, de su estructura de morbilidad y mortalidad, etc.

Hay proposiciones y señalamientos que posteriormente serán retomados en otros documentos oficiales (y no oficiales) que vale la pena señalar.

Para el caso de la salud, se señala que el médico no puede ser la base y el eje del sistema, si éste ha de funcionar de modo económico y eficiente; por lo cual se propone la creación de equipos de trabajo integrados por personal profesional, técnico y auxiliar. (SPP,1977)

También se proponen nuevas formas de financiamiento basadas en recursos fiscales y "...cuotas que pagarían los usuarios por servicios determinados, de acuerdo a una escala decreciente de necesidades a la que correspondería un precio creciente de servicios en función de los ingresos de los demandantes." (SPP,1977:17) Pero no queda muy claro que pasaría con el actual sistema de cuotas que pagan los derechohabientes por un lado, y por otro los empleadores y el gobierno.

El documento de COPLAMAR (1979) se aboca fundamentalmente a la satisfacción de las necesidades esenciales de los marginados, señalando problemas medulares que se reflejan en los niveles de salud de la población. "Del cuadro estadístico de morbilidad y mortalidad en el país, se desprende que la mayor parte de los problemas de salud que se afrontan tienen su origen en la pobreza, ignorancia e insalubridad que -

privan en el medio rural y marginado de las zonas urbanas... la subalimentación hace vulnerables a las enfermedades infecciosas y parasitarias principalmente." (COPLAMAR,1979:17)

Tres años y cinco meses después de haber asumido la Presidencia de la República López Portillo, se publica el Plan Global de Desarrollo 1980-1982 que brinda el más amplio marco de análisis para hacer el diagnóstico del sector salud y seguridad social y presentar metas que encuadran en una estrategia bajo un Proyecto Nacional.

El PGD se promulga en un decreto que señala, entre - - otros, el objetivo de "proveer a la población de empleo y mínimos de bienestar, atendiendo con prioridad las necesidades de alimentación, educación, salud y vivienda."

La estrategia se orienta fundamentalmente hacia la creación de empleos, pues se considera al empleo como el medio idoneo para acceder a los mínimos de bienestar.

Entre las políticas básicas que integran la estrategia señalaremos las siguientes (el número corresponde a la enumeración original):

- 1.- Fortalecer al Estado, para satisfacer las demandas de una sociedad en pleno crecimiento.
- 3.- Se propone crear 2.2 millones de nuevos puestos de trabajo, entre 1980 y 1982.
- 12.- Destinar mayores recursos para la provisión de mínimos de bienestar para la población, particularmente la marginada, urbana y rural, y aumentar la eficacia y la eficiencia.

13.- Inducir la reducción del crecimiento de la población y racionalizar su distribución territorial.

14.- Mejorar el nivel de vida de la población, especialmente de los marginados. Ello requiere de un incremento en la oferta de bienes básicos en lo cual juega un importante papel el Estado, a través de sus funciones de promoción y estímulo a la producción de esos bienes, así como por su acción en la comercialización y abasto, a través de estímulos fiscales y financieros, y con el apoyo a los distritos de temporal y el desarrollo de sistemas agroindustriales alimenticios.

Se busca "transformar el crecimiento económico en desarrollo social." Aquí hay que recordar que la tasa de crecimiento del PIB (a precios de 1970) después de caer a 3.4% en 1977, creció a 8.3% en 1978, 9.2% en 1979 y 8.3% en 1980,\* año en que se elabora el PGD.

La combinación de una mortalidad en rápido descenso con una fecundidad alta y estabilizada se tradujo en una de las tasas de crecimiento de la población más altas del mundo. El "rápido crecimiento demográfico generó una estructura por edades con una elevada tasa de dependencia, tanto para la familia como para la economía." (SPP,1980:36)

Lo que se decía tímidamente en 1977 en el Programa de Acción del Sector Público 1978-1982, y después con más firmeza en 1979 por medio de COPLAMAR, en 1980 se convierte en es

---

\* Ver anexo estadístico al final.

trategia del Estado y se publica como decreto. Los tiempos han cambiado, en 1978 finaliza la etapa de superación de la crisis que estalló en 1976. La estrategia se apoyaba en la explotación de los recursos petroleros como palanca para la recuperación. La vigorosa reactivación económica obtenida en 1978 y 1979 "...confirmó la posibilidad de crecer generando empleos y, por este medio, dar acceso a toda la población al disfrute de mínimos de bienestar." (SPP,1980:51). Se sabía, porque así señala, que había que pagar el precio de ese elevado crecimiento, esto es, la inflación; lo que no se sabía, era cuán elevado iba a ser ese precio.

Con esto, con la estrategia de mínimos de bienestar para todos en el año 2000, se estaban creando las bases del Estado benefactor, de una economía del bienestar; todos sabemos cómo terminó el sueño de la prosperidad. Basamos nuestra opinión en la siguiente definición del Estado del bienestar:

"El Estado del bienestar se considera en general como aquel estado en el desarrollo económico y social de un país capitalista, en el que el gobierno considera racional y necesario aumentar los gastos públicos para dotar a los ciudadanos de bajos ingresos de viviendas adecuadas y dignas, poner a su alcance, gratuitamente, una formación calificada, garantizarles servicios médicos gratuitos o al menos, baratos, brindarles posibilidades de recreación y educación y, naturalmente, ponerlos a cubierto de la penuria económica en la vejez o en caso de desempleo." (Gillman,1983:283)

Estas medidas integran el Estado de bienestar desde que Bismarck implementó las reformas sociales en la Alemania de los años ochenta del siglo pasado. El objeto central es el pleno empleo, si no se consigue, la medida "curativa" es el seguro de desempleo. Como recordaremos, fue en los años de auge económico en México, cuando se habló mucho a través de los periódicos de la posibilidad de crear el seguro para los desempleados.

El PGD sólo señala las mayores posibilidades de empleo: "Este sistema productivo es el que a su vez, ofrecerá, como ya lo ha empezado a hacer, mayores posibilidades de empleo, estableciéndose de esta manera el mecanismo más eficaz y congruente con nuestra filosofía política para mejorar la distribución del ingreso y ofrecer el bienestar que corresponde a toda la población." (SPP, 1980:39)

El esfuerzo fundamental se dirigió a la población marginada, creándose en 1977 la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), quien puso en marcha un programa de estudios a fin de conocer mejor la realidad de los grupos marginados y de las zonas deprimidas, el objetivo de COPLAMAR era coordinar el gasto público ejercido a través de distintas dependencias, lo que permitió acciones "...en materia de salud, educación, abasto alimentario, mejoramiento de la casa rural, dotación de agua potable, construcción de caminos, generación de empleos, organización social para el trabajo, electrificación

rural, desarrollo agroindustrial y servicios de apoyo a la economía campesina, desde el crédito hasta la asistencia técnica y la comercialización." (COPLAMAR,1982:9)

En el PGD se señala el problema de la eficacia y la eficiencia, pero no se avanza en señalamientos sobre la evaluación del sistema de salud; ya vimos, en lo aquí analizado, que hay preocupación por el alto costo de los servicios otorgados, como señalamos en el capítulo III, es hasta 1978 que hay una reunión formal de los responsables de la evaluación del sector.

Pero, entonces cómo decir que se está siendo efectivo o eficaz o algo parecido a lo que es ser eficiente. Sobre este aspecto no hay claridad en los documentos aquí analizados. En el PGD se señala: "...En el sector salud los servicios médicos han aumentado en forma dinámica en los últimos años. Las dosis de vacunación pasaron de 14 millones en 1976 a 44 millones en 1979; las consultas externas, de 62 a 97 millones y los ingresos hospitalarios, de 1.6 a 2.3 millones." (SPP,1980:49). Lo que no necesariamente habla bien del sector salud; éstos datos no nos dicen nada de la eficacia, de la eficiencia, ni de la efectividad de las acciones.

Como comentó el director general de atención médica de la Coordinación de Servicios de Salud en 1982, en otro contexto político, uno de los problemas respecto al excesivo gasto en la atención médica, radica en la existencia de parámetros equivocados de evaluación, que han provocado la falsa

creencia que un hospital lleno es el que funciona, "...cuando en realidad el verdadero éxito médico radica en que se mantenga a la población alejada de ellos porque no los necesitan." (CSS, No. 2, 1982)

Siguiendo la tónica del PGD, pero con un carácter muy servil respecto al "Estado de la revolución mexicana", se elaboró el Marco sectorial de salud, asistencia y seguridad social 1980-1982, por la SSA, el IMSS, el ISSSTE y el DIF. (1980)

En este documento se señala que en 1979 los logros en cuanto a egreso hospitalario se encuentran dentro del mismo rango que los de 1977, debido en parte, a la adopción del sistema de atención médica en tres niveles.

Se mencionan los principales problemas y cuellos de botella del sector:

- Los criterios de captación, registro, proceso y en general los esquemas de información se basaban en unidades de medida diferentes, incluso algunas instituciones cambiaron su criterio de un ejercicio a otro.

Cuando intentamos hacer series de tiempo con datos del sector, nos topamos con este problema. La situación se fue corrigiendo como se preveía en el documento con los grupos interinstitucionales de participación y concertación.

- Desfasamiento entre las necesidades de atención de la población y su ubicación geográfica con el nivel tecnológico de la atención disponible y su grado de concentración en los grandes centros urbanos.

- Faltan acuerdos entre las instituciones del sector para proporcionar servicios de salud a la población no cubierta.

- La investigación que realizan las instituciones del sector se plantea y desarrolla de manera incoordinada. Los resultados generalmente se desconocen en el plano sectorial o se conocen parcialmente.

- Se carece de una política coordinada de adquisición de insumos lo que propicia un uso inadecuado de recursos, sobre todo en el renglón de fármacos, en el que existe una elevada subrogación al sector privado.

- Existen lineamientos generales de programación-presupuestación, pero no procedimientos específicos aceptados a nivel sectorial, lo que ha impedido definir indicadores homogéneos de productividad, de servicio, de costo, de evaluación y de asignación de gasto.

La solución de estos problemas tiene que ver con la eficacia, la eficiencia y la efectividad del sistema de salud.\* El problema de la información tiene que ver, de manera general, con la evaluación de las acciones del sector, al igual que el problema de la inexistencia de procedimientos específicos aceptados a nivel sectorial para definir indicadores homogéneos de productividad, servicio, etc. El resto de los problemas tiene que ver con la cuestión de la eficiencia; el

---

\* Ver las definiciones de estos conceptos en el capítulo III.

problema del desfaseamiento entre las necesidades de atención de la población, su ubicación geográfica y el nivel tecnológico tiene además, que ver con la eficacia de las acciones que se emprenden; finalmente, el problema de la investigación tiene que ver, no sólo con la eficiencia, sino también con la efectividad de los programas y acciones de salud y seguridad social.

Los problemas y cuellos de botella más específicos de la asistencia y la seguridad social \* son los siguientes:

- Predomina la dispersión de esfuerzos y el inadecuado aprovechamiento de los recursos.

- Históricamente los recursos financieros son insuficientes.

- La legislación limita la seguridad social a los trabajadores sujetos a una relación laboral.

- Se carece de un sistema integral de información, de instancias de coordinación, de metodología para programar y evaluar acciones.

- El personal carece de la debida preparación.

- El monto de las jubilaciones y pensiones está determinado más por la estructura financiera de las instituciones que por las necesidades reales de asegurados y beneficiarios.

La estrategia que presentó COPLAMAR en 1982 es más completa y me-

---

\* Aquí hemos separado los problemas de atención médica de los de asistencia y seguridad social, quedando los problemas de atención médica en el primer grupo de problemas ya señalados.

por elaborada que la de los documentos que estamos analizando, por lo que , en su oportunidad retomaremos algunos elementos ahí vertidos, que no estén considerados en los documentos que estamos viendo ahora.

La estrategia es conformar un sistema de atención a la salud que busca la ampliación de la cobertura a través del escalonamiento de los servicios en tres niveles, dando énfasis al primer nivel, donde se realizan las actividades de carácter preventivo como vacunación, alimentación complementaria a menores de cuatro años y población materna, protección del medio ambiente, etc.

Los objetivos del sistema de atención a la salud se orientan a la solución de los problemas y cuellos de botella señalados, llevando adelante la estrategia mencionada. Los objetivos señalados son tan generales, que son inobjetable; por ejemplo:

- a) Ampliar la cobertura de los servicios de salud.
- b) Mejorar la eficiencia y la eficacia.
- c) Dar prioridad a las áreas marginadas rural y urbana.
- d) Enfatizar la atención del núcleo materno-infantil.
- e) Contribuir a un crecimiento demográfico equilibrado.
- f) Participación de la población en el cuidado de su salud.
- g) Disminuir los daños ocasionados por el deterioro del ambiente.

Los objetivos de la asistencia y la seguridad social 1980-1982 son igual de generales, pero algunos de ellos, me-

nos precisos y más confusos, veamos:

- Incorporar en forma progresiva a toda la población a los beneficios de la asistencia y la seguridad social.

- Incrementar las actividades culturales, deportivas y recreativas, así como de orientación, capacitación y adiestramiento de la juventud.

- Aumentar la contribución a la protección del salario de los trabajadores proporcionando orientación, capacitación y prestaciones.

- Garantizar el mínimo de bienestar económico al trabajador y a su familia en los casos de contingencia o vejez; así como también complementar sus percepciones mediante el otorgamiento de créditos y préstamos que le ayuden a solventar su situación económica.

- Coadyuvar en el abatimiento de las tasas de desempleo y subempleo. (SSA,1980)

Si, como se dice, se estan anotando los objetivos para el periodo 1980-1982, es claro que era imposible alcanzar el primer y cuarto objetivo señalados; en este último se deben de referir, aunque no lo aclaren, a los sujetos de la seguridad social, es decir los derechohabientes, pues otorgar crédito a los desempleados sería muy riesgoso.

No se dan metas de resultado para la asistencia y la seguridad social entre otras cosas, por carecer de un sistema integral de información, por carecer de metodología para programar y evaluar las acciones; esto se debe, en gran parte,

a la dispersión de los esfuerzos en un gran número de instituciones, como la SSA, el DDF, el DIF, instituciones privadas de beneficencia, etc.

En las metas que se proponen en el PGD no se dan números concretos; no se dice a cuantos niños se les va a "garantizar el sano crecimiento", a cuantos se les va a proporcionar servicios de atención curativa y rehabilitatoria, etc., ni cuando; por ejemplo: "Proteger progresivamente al total de las personas en edad avanzada y a los infantes que sufren abandono.." (SPP,1980:193).

Las metas de resultado que se proponen en el "Marco sectorial de salud y seguridad social 1980-1982", difieren de las que se proponen en el "Programa de Acción del Sector Público 1978-1982 (PASP)"; aquí de nuevo se presenta el problema de la información, tanto para proponerse metas realistas, como para evaluar los resultados.

Hay que señalar que no hay una definición clara de lo que es un objetivo y lo que es una meta; lo que son objetivos de la asistencia y la seguridad social en el Marco sectorial, en el PASP son metas de resultado, y aunque en este último documento son más claras, siguen siendo muy generales, no señala cifras precisas de avance en la consecución de las metas, detrás de estas impresiones está la carencia de un estudio preciso que permita obtener indicadores -identificando las causas- de niños abandonados, de personas marginadas de edad avanzada, en fin, una evaluación más precisa

de los requerimientos de asistencia social.

Ahora presentamos un cuadro comparativo de las metas de resultado de salud más importantes del Marco sectorial..... 1980-1982 y del PASP 1978-1982.

Cuadro 4.1.(1)

MARCO SECTORIAL 1980-1982	P.A.S.P. 1978-1982
Disminuir las tasas de mortalidad:	Contribuir a la reducción de las tasas de mortalidad:
general: a menos de 7.5*	a 7*
perinatal: a menos de 22.6**	a 8**
infantil: a menos de 46.6**	a 24**
preescolar: a menos de 4.8***	a 2.5***
materna: a menos de 1.1**	a 0.8**
	Reducir la tasa de morbilidad por:****
enteritis y otras enfermedades diarréicas:	a 65
neumonía, influenza y otras infecciones respiratorias:	a 75
fiebre tifoidea:	a 1.5
paratifoidea y otras salmonelosis	0.8
tuberculosis:	a 9.0
tosferina, sarampión, poliomielitis, difteria y rabia:	a 0.0
tétanos:	a 0.5
paludismo y fiebre reumática.	Mantener la erradicación de la viruela, cólera, peste, fiebre amarilla y tifo epidémico.

\* por 1000 habitantes

\*\* por 1000 nacidos vivos

\*\*\* por 1000 niños de 1 a 4 años

\*\*\*\* por 100,000.

Ahora bien, cuando intentamos evaluar las metas, es decir, cuando queremos saber simplemente si se fue eficaz, si se consiguieron las metas o no, nos encontramos con problemas con la información, ya que se han modificado las categorías para clasificar las causas de muerte; sin embargo, hemos logrado un seguimiento de algunas de las principales causas de muerte, no pudiendo evaluar, por consiguiente, todas las metas de resultado anotadas en el cuadro anterior.

Salta a la vista la incongruencia entre la tasa de mortalidad general que se pretende alcanzar y la información histórica existente. El Marco sectorial, en 1980 se propone como meta disminuir la tasa de mortalidad a menos de 7.5 por mil habitantes, mientras que el dato que tenemos de tasa de mortalidad general, precisamente para 1980, es de 6.2 defunciones por cada mil habitantes. [cuadro 4.1.(2)]. Por su parte, el PASP 1978-1982, en 1977 se propone contribuir a la reducción de la misma a 7 por mil habitantes, cuando en 1977, año de elaboración del documento, es de 7.1 y para 1978 ya es de 6.4. Una posible explicación de esto, es que, en algunos documentos se había considerado que el dato de 1977 era en realidad de aproximadamente 9.0 por mil habitantes, por lo que se debían de ajustar los datos, lo cual, como vemos en la información oficial no sucedió. Sea de una forma o de otra, vemos que la disminución de la tasa de mortalidad general es de 1.22 por mil, por lo que parece razonable la meta de reducir dicha tasa en dos puntos entre 1977 y 1982.

Cuadro 4.1.(2): PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION 1977-1981(TODAS LAS EDADES)

CAUSAS	1977		1978		1979		1980		1981	
	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA
TODAS LAS CAUSAS	450,454	7.1 <sup>*)</sup>	418,381	6.4 <sup>*)</sup>	428,217	6.35 <sup>*)</sup>	434,465	6.21 <sup>*)</sup>	424,274	5.88 <sup>*)</sup>
ACCIDENTES ENVENENAMIENTOS Y VIOLENCIAS	69,715	93.6	60,092	91.2	63,636	93.7	67,366	96.4	69,566	96.5
INFLUENZA, NEUMONIAS Y OTRAS INFECCIONES	53,825	84.3	46,003	69.8	42,448	62.5	41,083	58.8	36,705	50.9
ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS	48,360	75.3	39,872	60.5	38,330	56.6	37,117	53.1	32,392	45.0
ENFERMEDADES DEL CORAZON	47,149	73.8	46,827	71.1	46,870	69.0	48,856	70.0	48,576	67.4
CAUSAS DE MORBILIDAD PERINATAL	23,527	36.8	22,211	33.7	26,941	39.7	26,399	37.8	26,310	36.5

\*) TASA POR MIL HABITANTES. LA TASA DE LAS CAUSAS PARTICULARES SE CALCULA POR 100,000 HABITANTES.

FUENTE: 2º INFORME DE GOBIERNO MDLM-H 1984 SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.

Y así se pueden seguir haciendo las comparaciones, comprobando si se fue eficaz o no en la consecución de las metas propuestas, lo que queremos subrayar es que se puede ser eficaz sin ser eficiente ni efectivo. Por lo que se debe evitar el engaño.

Por ejemplo la meta de reducir la tasa de mortalidad por enteritis y otras enfermedades diarreicas programada en el PASP 1978-1982, se alcanzó inmediatamente en 1978, lo cual se puede deber a una mala programación por subestimación de los efectos de las actividades encaminadas a tal fin, o por apoyarse en datos equivocados al hacer la programación. Suponiendo que no fuera así, o sea, que haya una buena programación, y en efecto se alcanzó la meta inmediatamente, habría que ver los costos de las acciones encaminadas a tal fin, y tener ciertos parámetros de comparación para saber si hubo eficiencia en la consecución de la meta. Y todavía más, habría que ver si las acciones que se llevan a cabo para alcanzar la meta establecida conservan efectividad, ya que la primera disminución anual de defunciones es muy alta, de 48,360 en 1977, a 39,872 (-17.6) en 1978; en cambio para 1979 y 1980 disminuye mucho el ritmo al cual decrece la mortalidad por la causa aquí analizada, el número de defunciones para 1979 baja a sólo 38,330 (-3.9%).

Podríamos hacer un análisis más profundo, tomando una perspectiva más amplia, de la mortalidad en nuestro país, viendo el cambio en las principales causas de mortalidad por

diferentes grupos de edad. Sin duda, esto es necesario para hacer una buena programación de metas, pero como el objetivo de esta tesis no es sustituir las tareas que deben desarrollar las instituciones del sector salud y seguridad social; aparte de que sería una tarea muy pesada -sino es que imposible- para una sola persona, solamente presentamos estos comentarios como una sugerencia.

De cualquier forma, al final presentamos un anexo estadístico que reúne cierta información dispersa en varias publicaciones, y que sirvió de base para hacer el análisis del siguiente apartado, y que, me parece, puede dar más de sí en una futura investigación más profunda que la aquí presentada.

En el anexo Sector salud y seguridad social del quinto informe de gobierno, de López Portillo se reconoce que por la falta de una acción sistemática más decidida y enérgica de las instituciones que lo integran, y por carecer de una coordinación que provoca la superposición de coberturas, en el sector salud muchos de los objetivos se alcanzaron sólo en forma limitada. Pero lo que está más rezagado del sector es la asistencia social que no es atención médica curativa o preventiva, pero que sin embargo, tiene que ver, y mucho, con la salud. Por supuesto, algunas acciones de asistencia y seguridad social tienen que ver más y otras menos con la salud. El problema es que las acciones de la seguridad social como préstamos para automóvil, centros vacacionales, tiendas, etc., elevan mucho el gasto de estas instituciones y mu

chas veces se presenta el gasto global del sector salud, sin diferenciar sus componentes, por lo que una evaluación más a fondo del gasto se complica.\* También veíamos que no hay metas específicas para este subsector.

El problema de asistencia social, que queremos destacar, por estar muy relacionado con la salud es el de la alimentación y la nutrición de la población. Los desayunos que reparte el DIF entre los escolares de las zonas marginadas son totalmente insuficientes, independientemente de la posible desviación de las raciones alimenticias de su destinatario.

Con el Sistema Alimentario Mexicano (SAM) se implementó una estrategia al respecto, misma que fue desechada por el gobierno de Miguel de la Madrid, sin hasta la fecha, proponer o implementar una alternativa. La meta propuesta en el PGD consistía en "...incrementar la disponibilidad de alimentos para avanzar en el mediano plazo hacia una dieta mínima promedio para toda la población de 2,750 calorías y 80 gramos de proteínas al día." (SPP,1980:199)

Como señalara el Dr. Alberto Ysunza Ogazón en una entrevista a Excélsior en agosto de 1983: la desnutrición es el problema más importante de salud pública en México. "Es claro que la desnutrición obedece a problemas socioeconómicos, de ahí que la presencia de la desnutrición demuestre la incapacidad del sistema social prevaletiente." (Excélsior 19-VIII-1983:14-B).

---

\* Ver capítulo I y anexo estadístico.

Los resultados de una encuesta del Dr. Ysunza aplicada en la ciudad de México, León y Tezuitlán, muestran que, usando el consumo de proteína animal como el indicador más revelador o eje para medir la desnutrición, el 52% consume en promedio menos de 10 gramos de proteína animal, un 21% consume más de 40 gramos, y viene luego el 15% que consume menos de 20 gramos. "Si consideramos que el nivel adecuado es de 20 a 40 gramos, vemos que el 67% de la población consume menos de lo necesario, o sean 20 gramos por día." (Excélsior, 19-VIII-1983:14-B)

Otras encuestas han reforzado esta información. Existen diferencias entre el medio rural y el urbano y entre las regiones norte y sur del país. Mientras en el norte consumían 2,131 calorías en promedio per cápita, en el sureste llegaban a 1,911. En cuanto a proteína animal, en el norte se encontró un consumo de 10 gramos contra 5.2 en el sureste (Excélsior, 19-VIII-83). Como señala Ysunza, un promedio adecuado sería 2,500 calorías para arriba, aunque varía según las ocupaciones desempeñadas.

No obstante, las estadísticas de mortalidad no muestran que la desnutrición primaria -la debida a causas socioeconómicas- "...es la más significativa y la que se encuentra en ascenso. La clasificación mundial de enfermedades ignora por completo a la desnutrición como padecimiento mórbido. Subsiste el criterio biologicista u organista con que se clasifican las enfermedades, tanto en la Organización Mundial de la

Salud como en otros organismos internacionales, dejando de lado los aspectos sociales." (Excélsior,19-VIII-83:14-B)

El problema de la alimentación y la nutrición, no se restringe a las zonas marginadas de la ciudad y el campo. En la misma entrevista, el Dr. Isunza señala que cada niño consume mayor cantidad de pastelitos industriales que de huevos; que la población consume 120 litros anuales de refrescos por 34 litros de leche por habitante, y que la comida infantil industrializada cuesta tres veces más que la natural. (Excélsior,19-VIII-83). Algunas de las principales causas de morbi-mortalidad tienen que ver con problemas de alimentación. La medicina preventiva será insuficiente para atender a la salud de la población, mientras no se pongan límites a la publicidad de las transnacionales de la alimentación, se de una orientación a los consumidores y se procure la disponibilidad real de alimentos básicos para toda la población, como carne, leche, huevos, pescado, maíz, frijol, arroz, trigo, verduras y frutas.

En conclusión, podemos decir que aunque los objetivos propuestos son muy loables (deseables) dada la estructura de morbi-mortalidad de la población, se pueden hacer una serie de críticas, dado el nivel de generalidad de los mismos, de su imprecisión en el señalamiento de metas concretas en fechas fijas y sobre todo, por los problemas reconocidos de falta de información y de coordinación de las diferentes instituciones en cuanto a programación y selección de acciones

y definición de unidades de medición homogéneas de las mismas.

Si en la actual situación, es difícil evaluar la eficacia, evaluar la eficiencia resulta todavía más complicado. El desperdicio y la duplicación de funciones caracterizan el sistema mexicano de salud. Un paso para poder evaluar la eficiencia, es la coordinación, no sólo para programar y evaluar, sino para realizar las mismas acciones.

Las medidas para lograr la eficiencia son diversas y con diferente grado de incidencia en la misma, van desde la coordinación más simple hasta la creación de un sistema único de salud verdaderamente igualitario, pasando por el escalonamiento de las actividades en tres niveles según el problema de salud (atención primaria, especializada, y superespecializada o de tercer nivel) y la regionalización y descentralización de los servicios conforme al acceso geográfico real de los demandantes de atención.

Estas medidas, señaladas en los documentos que hemos venido analizando, son las bases de la estrategia de la política de salud del gobierno de Miguel de la Madrid, que junto con la solución de los principales problemas y cuellos de botella del sector salud, buscan optimizar el uso de los recursos disponibles en el sector. Pero esto, lo desarrollaremos más adelante.

Dejemos claro que la estrategia y política de salud más importante del régimen de López Portillo fue la de procurar mínimos de bienestar de salud a la población marginada, apro-

vechando los recursos que brindaba el auge económico, que aprovechaba la participación y el uso de los recursos de las comunidades. Un fruto de esto, es el excelente estudio: Necesidades esenciales en México, situación actual y perspectivas al año 2000; elaborado por COPLAMAR.

Sin embargo, a mi parecer, se descuidó la solución de los principales problemas y cuellos de botella señalados en el Marco sectorial de salud, asistencia y seguridad social, que son precisamente los problemas retomados por la nueva administración. En estos aspectos, en la anterior administración sólo se avanzó en algunas áreas de coordinación con la conformación de los grupos interinstitucionales de participación y concertación, con poco apoyo por parte del ejecutivo.

#### 4.2 Racionalización del sistema de salud.

No existen ni pueden existir criterios precisos y exactos para medir la eficiencia en la aplicación de los recursos para la atención a la salud. En el capítulo III señalamos la imposibilidad de evaluar la eficiencia a través del análisis costo-beneficio; establecimos que el lado izquierdo de esta dualidad se puede medir en términos monetarios, pero vimos que era imposible medir el beneficio, pues esto es precisamente la salud, que esta determinada por una multiplicidad de factores que imposibilitan una separación de los efectos de cada uno de ellos.

Esto hay que tenerlo muy claro, pues en algunas accio-

nes de salud es posible aplicar el análisis costo-beneficio, pero lo que se trata de optimizar como beneficio no es el efecto habido sobre la salud, sino el de la acción misma. Por ejemplo, en el anexo del quinto informe de gobierno de López Portillo (1981), se afirma que la SSA, en el renglón de atención preventiva, administró 23,414,905 dosis, lo que supera en 17.5% la meta modificada y representa un incremento del 35.1% respecto a 1979; que en cuanto a control de enfermedades transmisibles logró dar 1,420,708 consultas -lo que representa un incremento del 37.7% a la meta modificada-, - - - 1,462,041 análisis de muestra de sangre y, 308,518 baciloscopías. (Uno más uno 7-IX-81)

Pero ello no implica eficiencia, ni que se logre un beneficio efectivo sobre el objetivo final de estas acciones, esto es, modificar favorablemente la salud de la población. Si se superó en 17.5% la meta de dosis administradas con el mismo costo que el de la meta programada, o simplemente reduciendo costos -lo que para algunos autores significa un incremento de productividad y de la explotación de los trabajadores del sector salud,\* se podría decir que viendo la acción por sí misma, sin relacionarla con su efecto sobre la salud de quienes recibieron las dosis, hubo eficiencia. Sin embargo, como se reconoce oficialmente, las principales causas de muerte siguen siendo las mismas que en 1970, con leves modifica-

---

\* Ver Laurell, 1978; Laurell, 1980; y, Laurell y Enríquez, 1980.

ciones.

A pesar de que no se pueda medir la eficiencia en la aplicación de los recursos para la atención de la salud, es posible identificar una serie de medidas para modificar situaciones que claramente provocan desperdicio de recursos e ineficiencias. Dichas medidas son:

- Coordinación de las diferentes instituciones en cuanto a programación y selección de acciones y definición de unidades de medición homogéneas de las mismas.

- Coordinación de las instituciones para evitar la doble y triple atención de pacientes.

- Escalonamiento de las actividades en tres niveles según el problema de salud, dando prioridad a la atención preventiva.

- Descentralización y regionalización de los servicios conforme al acceso geográfico real de los demandantes de atención.

- Coordinación con las instituciones que realizan investigación y formación de recursos humanos.

- Implementación de una política coordinada de adquisición de insumos tanto de fármacos como de instrumental médico, buscando la sustitución de importaciones.

Estas reformas, en las cuales se avanzó muy poco en el régimen de López Portillo, implican una visión del proceso salud-enfermedad, que tiene las características de lo que hemos llamado el modelo ecológico-sanitarista en el capítulo II.

Para esta concepción "...los problemas de salud son sani

tarios y su solución implica saneamiento. El sanitarismo es la expresión de una concepción ecologista de la salud, según la cual, ésta es la interacción de dos factores: huésped y agente en el ambiente en el cual ambos se desarrollan. Dentro de este ambiente se incorpora la sociedad, más no a una sociedad histórica concreta, sino a una sociedad en abstracto, concebida como una formación ahistórica.., propone no solo tratar al individuo de acuerdo con el biologicismo, sino que con medidas sanitarias plantea soluciones 'colectivas a problemas ecológicos." (COPLAMAR,1982:39)

Como dice Rajchenberg, si no se considera ninguna causalidad social en el proceso salud-enfermedad, la medicina se vuelve biologicista, la enfermedad se naturaliza y simultáneamente adquiere una transhistoricidad ya que bacterias y virus siempre han existido. (Rajchenberg,1982) La enfermedad es, como decíamos, anterior al hombre.

"En este paradigma de lo patológico se hace caso omiso de la relación que guarda el proceso salud-enfermedad con la estructura socio económica; aún cuando en Latinoamérica la principal causa de enfermedad y muerte en menores de cuatro años es resultado de enfermedades infecciosas que tienen como denominador común la desnutrición, la política médica se orienta hacia la construcción de hospitales." (Ortiz, Q. F., Unomásuno, 7-IX-1981)

Esta concepción la detectamos en el fondo de los documentos oficiales que hemos analizado en el apartado anterior. Pe

ro obtenemos más elementos que nos confirman que esta visión es la dominante, cuando, además de analizar lo que se dice, vemos la organización, el desarrollo y el comportamiento del sistema mexicano de salud.

Ahora sólo señalaremos algunos de estos elementos, que creemos están relacionados con la eficiencia del sistema de salud; en cuanto a su organización digamos que desde sus orígenes la seguridad social se organiza para los trabajadores que tienen una relación laboral a través de un contrato. Por otro lado, la asistencia pública trae resabios de caridad y beneficencia para los marginados; complementándose el sistema con la salubridad y el control sanitario ecológico, que busca solucionar los "efectos externos" de la actividad económica. Por último completando el cuadro se encuentra el sector privado, que por el lado de la producción de servicios de atención médica, atiende aproximadamente al 15% de la población, y por el lado de la producción de bienes tenemos que este sector es muy importante en la producción de fármacos e instrumental médico, gran parte del cual es importado.

En el siguiente cuadro podemos ver, en primer lugar, la desigual distribución del gasto ejercido por el sector público en salud y seguridad social entre 1965 y 1982. Esto es un elemento estructural del sector, que implica una desigual y desproporcionada distribución del gasto en salud por habitante, favoreciendo notablemente a quienes tienen trabajo mediante un contrato laboral. Si bien, al aumentar el número de - -

Cuadro 4.2.(1): DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA COBERTURA Y EL GASTO  
EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL  
1965 - 1982

	I M S S		I S S S T E		RESTO *		SEGURIDAD SOCIAL		ASISTENCIA SOCIAL	
	COBERTURA	GASTO	COBERTURA	GASTO	COBERTURA	GASTO	COBERTURA	GASTO	POBLACION	GASTO
1965	15.95	50.5	2.41	17.4 **	1.69	21.7	20.05	89.6	79.95	10.4 ***
1970	19.52	54.2	2.66	22.8	2.22	13.7	24.40	90.7	75.60	9.1 ***
1976	26.91	45.9	6.34	24.9	2.73	20.0	35.98	90.8	64.02	9.1 ****
1982	36.82	60.2	6.90	24.4	1.76	2.9	45.49	87.5	54.51	12.4 ****

\* Incluye SDN, SM, PEMEX Y FFCC. En gasto incluye DDF.

\*\* Sin incluir aportaciones del gobierno federal

\*\*\* Gasto de la SSA

\*\*\*\* Incluye gasto de la SSA y del DIF.

FUENTE: Ver cuadro de cobertura y de gasto del anexo estadístico.

derechohabientes disminuye la desigual distribución del gasto per cápita entre la asistencia y la seguridad social, la estructura de distribución es básicamente la misma, llamando la atención el hecho de que para 1982, mientras las instituciones de asistencia social SSA y DIF tienen la responsabilidad de atender al 54.51% de la población con el 12.4% del --gasto ejercido, el ISSSTE, que atendió al 6.9% de la población, ejerció el 24.4% del gasto. Este hecho, aunque con diferentes porcentajes cada año, ha sido señalado por muchos investigadores, pues, repetimos, la situación es estructural.

En cuanto a la cobertura institucional, un problema real es que hay quienes además de estar asegurados en el IMSS, es tán registrados como derechohabientes en otras instituciones como Pemex, FFCC. y el propio ISSSTE, siendo este el problema del doble registro. Refiriéndonos a las instituciones de asistencia social, hay quienes acuden a una o dos de estas -instituciones (a algún hospital de la SSA o del DIF, por ejemplo) aún siendo asegurados de alguna institución de la se guridad social, pues algunas instituciones o dependencias de la asistencia social son de alto nivel y calidad reconocida.

No es fácil solucionar el problema del doble y hasta tri ple registro. Una forma imaginable de solucionarlo es crean do un sólo sistema de atención a la salud, aunque fuera sólo en el sentido restringido de la atención médica; quedando el IMSS y el ISSSTE restringidos a la seguridad social no mé dica de los trabajadores, y por otro lado, la asistencia so- -

cial para los desempleados.

Una posible línea de investigación es la que surge del siguiente cuestionario: si un individuo paga seguridad social, y aparte, también paga atención médica privada, nos preguntamos: ¿qué está pasando con esa parte del ingreso?, ¿hay desperdicio?, ¿qué bienes deja de consumir, por lo tanto, a qué productor afecta con ese comportamiento?

La situación se agudiza haciendonos temer por la salud de la población, cuando vemos, conforme a la misma información oficial, en qué se gasta el presupuesto y tenemos presente el conocimiento de las principales causas de morbilidad de la población.

En cuanto a la forma de distribuir el gasto realizado por las instituciones, hay varias formas de analizar y clasificar el gasto para diferenciar lo que se gasta en salud, de lo que se gasta en seguridad social y, dentro del gasto en salud, diferenciar lo que se gasta en atención preventiva (incluyendo y diferenciando salubridad) de lo que se gasta en atención curativa. Y por el lado de la seguridad social, separar las acciones que son comunes a las de asistencia social -no médica- como guarderías, raciones alimenticias, etc., de las que son exclusivamente contractuales como son tiendas, préstamos, pensiones, jubilaciones, etc.

Sin embargo lograr una sistematización de este tipo para varios años es muy complicado para las dimensiones y objeti-

vos de esta tesis, por lo que nos conformaremos con presentar algunos indicadores de la distribución del gasto que alimenten la hipótesis que deseamos comprobar.

En el cuadro 4.2.2 observamos una estructura de la distribución del gasto en la que el renglón bienestar y seguridad social en los años 1970 y 1976 (y la tendencia es la misma en los años intermedios) representa una tendencia al crecimiento como parte del gasto del sector, a costa del renglón servicios médicos y salubridad. Dentro del renglón bienestar y seguridad social se ha incluido la asistencia y la seguridad social que no son atención médica o sanidad y tienen una relación menos directa con la salud. Con los datos proporcionados por la fuente, era imposible desagregar el primer renglón en atención curativa y atención preventiva sin embargo, del segundo renglón tenemos uno de sus componentes más importantes, nos referimos al concepto pensiones, jubilaciones y otros gastos sociales que ha ido incrementando su participación en el presupuesto ejercido, siendo él sólo bastante más elevado que lo que se gasta en servicios médicos y salubridad, esto sobre todo en 1976.

Es necesario advertir que puede haber una distorsión en los conceptos anotados, en tanto que no sabemos cuál es el contenido del renglón "otros gastos sociales", aunque en la fuente está anotado bajo el renglón "bienestar y seguridad social".

En el cuadro 4.2.3 clasificamos el gasto del sector para

C U A D R O : 4.2.(2)

GASTOS DEL SECTOR SEGUN CLASIFICACION FUNCIONAL DEL EJERCICIO  
DEL PRESUPUESTO 1965 - 1976. (MILES DE PESOS)

	1 9 6 5	%	1 9 7 0	%	1 9 7 6	%
T O T A L	9,713,993.2	100	18,023,083	100	76,822,267	100
SERVICIOS MEDICOS Y SALU BRIDAD. 1)	3,972,199.8	40.9	6,113,784.5	33.9	20,022.618	26.1
BIENESTAR Y SEG.SOCIAL 2)	5,741,793.5	59.1	11,909,299	66.1	56,799,649	73.9
PENSIONES, JUB. Y OTROS GASTOS SOC.	4,578,981.3	47.1	10,667,593	59.2	50,093,902	65.2

1) Incluye los conceptos: Salubridad, asistencia médica y servicios hospitalarios; construcciones hospitalarias y asistencia infantil, asistencia social y servicios médicos de la seguridad social.

2) Incluye los conceptos: diversos servicios complementarios, otros servicios e -- empleados públicos, pensiones y jubilaciones, contribución estatal al seguro social, ayudas a núcleos indígenas y otros gastos sociales.

FUENTE: Cuadro 3.21.1 de Estadísticas básicas sociodemográficas III Sec.Salud y seg.social SPP.

C U A D R O : 4 . 2 . ( 3 )

GASTO DEL SECTOR CONFORME AL ORGANIGRAMA DE FUNCIONAMIENTO DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN 1982. (MILLONES DE PESOS)

<u>PRESUPUESTO TOTAL</u>	<u>SSA</u>	<u>%</u>	<u>IMSS</u>	<u>%</u>	<u>ISSSTE</u>	<u>%</u>	<u>DIF</u>	<u>%</u>
TOTAL PRESUPUESTO	44,950	100	205,240 <sup>1</sup>	100	74,249 <sup>2</sup>	100	6,274	100
SALUD	33,626	<u>74.8</u>	117,896	<u>57.5</u>	27,901	<u>37.6</u>	2,796	<u>44.6</u>
ATENCION CURATIVA	27,621.4	82.1	110,764	94.0	24,136	86.5		
ATENCION PREVENTIVA	6,004.6	17.9	2,223 <sup>4</sup>	1.9	1,563	5.9		
ASISTENCIA Y SEG.SOC.	1,000	<u>2.2</u>	55,583	<u>27.1</u>	39,893	<u>53.7</u>	3,019	<u>48.1</u>
SERVICIOS DE APOYO	10,324	<u>23.0</u>	31,761 <sup>3</sup>	<u>15.5</u>	6,455	<u>8.7</u>		

- 1) No incluye el programa IMSS-COPLAMAR.
- 2) No incluye 41,313 millones de pesos de gasto no asignable por programa
- 3) Incluye administración, obras y abastecimiento, control y otros servicios
- 4) El resto se dedicó a enseñanza, investigación y planificación familiar

FUENTE: De la Madrid, Miguel Ier. informe de gobierno; Sector Salud y Seguridad Social, México, 1983.

1982 conforme al organigrama de funcionamiento de las instituciones, tal y como se presenta en el anexo del primer informe de gobierno de Miguel de la Madrid. Este cuadro no es comparable con el anterior, sin embargo, nos indica una distribución del gasto entre salud y asistencia y seguridad social más equilibrada, esto sobre todo si consideramos que -- los 41.313 millones de pesos de gasto no asignable por programa, no incluidos en el ISSSTE probablemente se ejerzan como "otros servicios a empleados públicos" o como "otros gastos sociales", generalmente incluidos en el rubro "seguridad social", en todo caso, no en los programas ya considerados -- en el cuadro.

De las cifras del cuadro que nos ocupa se deduce: que la asistencia social que no es atención médica ni salubridad -- sino desayunos, guarderías, orfanatorios, comedores públicos y otros servicios a "población abierta" representa una parte ínfima del gasto del sector, 4,019 millones de pesos; 1000,- de la SSA; y 3,019 del DIF, esto es, 1.2% del gasto total de las cuatro principales instituciones del sector salud para -- el 54.51% de la población a cubrir por la asistencia social. Para hacer una comparación más justa, el 4.0% del gasto total en asistencia y seguridad social, (sin contar los 41,313 millones de pesos arriba mencionados) para ese 54.51% de la población.

El IMSS y el ISSSTE, las instituciones del sector salud que en 1982 ejercieron el 84% del gasto del sector, lo dis--

CUADRO 4.2(4)

DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL GASTO CORRIENTE EN DISTITAS INSTITUCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, SEGUN PROGRAMA 1979.

---

<u>P R O G R A M A</u>	<u>SSA</u>	<u>IMSS</u>	<u>ISSSTE</u>
01 ATENCION PREVENTIVA	8.0	2.7	3.3
02 ATENCION CURATIVA	44.8	89.4	80.1
03 CAPACITACION A POBLACION	12.5	0.3	0.2
04 SANEAMIENTO DEL AMBIENTE	9.9	-	-
05 FORMACION DE RECURSOS HUMANOS	1.5	4.9	4.3
06 INVESTIGACION C. Y TEC.	1.9	0.5	0.3
07 PRODUCCION DE BIENES	1.1	-	-
08 ADMON. DE LA SALUD	20.3	2.3	11.6

FUENTE: Elaborado a partir del cuadro de G.C. de Coplamar "Necesidades.....salud, p.246.

tribuyeron de la siguiente manera:

El IMSS; del total de su gasto dedicado a salud, el 94% fue para atención curativa y sólo el 1.9% a atención preventiva; por su parte, el ISSSTE, del total de su gasto dedicado a salud destinó el 86.5% a atención curativa y el 5.6% a atención preventiva. Esto es un indicador del fenómeno que se ha llamado "medicalización de la salud".

El cuadro 4.2.4 nos confirma esta tendencia para 1979, lo que es más bien un hecho estructural, pero también nos muestra una proporción de 5.6:1, entre la atención curativa y la atención preventiva de la SSA, a favor de la atención curativa. Dicha proporción, con las reservas del caso, la podríamos aplicar al gasto en salud de la SSA para 1982 en el cuadro 4.2.2, el resultado es, como lo indica la proporción, un muy elevado gasto en atención curativa (82.1%) en perjuicio de la atención preventiva.

Sin embargo para ser consecuente con el planteamiento que queremos desarrollar, en el cuadro 4.2.4, se debe sumar al programa 01 de atención preventiva, el programa 04 de saneamiento del ambiente, lo que nos lleva a una proporción de 2.5:1, entre la atención curativa y la atención preventiva. Aplicando dicha proporción, como en la situación anterior, (SSA en el cuadro 4.2.3) obtenemos que del total del gasto en salud (servicios médicos y salubridad) de la SSA, se destinó el 60% a atención curativa y el 40% restante a atención preventiva. Esto, habiendo ya disminuido la proporción, favoreciendo con ello a la

atención preventiva.

Esta situación es de llamar la atención, no sólo porque la SSA junto con el DIF se encargan de cubrir al 54.51% de la población que carece de seguridad social, sino porque la SSA es la institución responsable de la mayoría de los programas que tienen que ver con la prevención de las enfermedades y porque entre las principales causas de muerte se encuentran muchas tal vez la mayoría, que son prevenibles o, como indica COPLAMAR evitables.

Es en este sentido en el que señalamos que si el objetivo de los programas de atención es mejorar la salud de la población (así, en general) no se está siendo eficaz, pues no se está alcanzando la meta propuesta. En este nivel de generalidad, no se es eficaz porque los procedimientos empleados no son efectivos, ya que la atención preventiva, englobando, conceptualmente la atención médica primaria y lo que Coplamar llama servicios no personales de salud \*), no es accesible ni está disponible para un alto porcentaje de la población. Es decir, el procedimiento implementado de dar preferencia a la atención curativa sobre la preventiva, no permite alcanzar los objetivos propuestos.

Presentamos ahora el análisis de algunas regresiones lineales simples para desarrollar y dar más fundamento a las ideas que aquí estamos postulando.

---

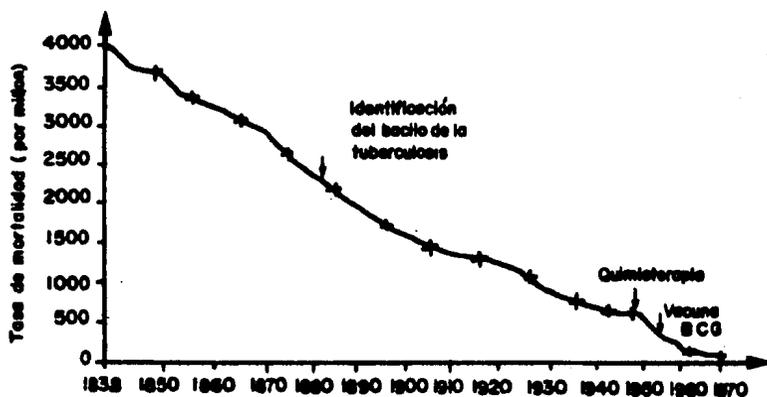
(\*) Ver el modelo de atención a la salud desarrollado por COPLAMAR en pp. 53 a 56 de COPLAMAR, 1982.

Se hace la hipótesis de que tanto el número de asegurados, o sea la cobertura de la seguridad social, como el gasto que ejerce el sector salud, tienen que ver muy poco con el descenso habido en la mortalidad de la población mexicana; que el número de médicos por cada 1000 habitantes, aunque explica más que el gasto público y la cobertura el descenso de la mortalidad, también lo explica poco. Y por otro lado, algo que se intuye a partir de la información estadística, que en el largo plazo hay una correlación positiva entre el número de asegurados y el crecimiento del gasto en el sector. También veremos qué correlación hay entre el creciente número de médicos empleados y el gasto del sector y, en cuánto explica el primero al último.

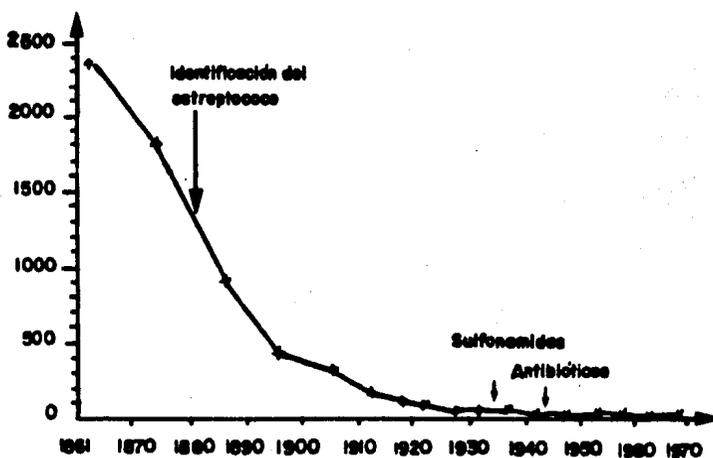
Pero antes de eso, veamos algunas ideas semejantes obtenidas también en el análisis de regresión que aparecen en Coplamar "Necesidades esenciales.....salud. (1982).

Detrás de las hipótesis que acabamos de anotar, está la idea de que las condiciones materiales de vida son de fundamental importancia en el desarrollo del proceso salud-enfermedad. Thomas Mckeown en Inglaterra "...ha probado que las tasas de mortalidad por algunas enfermedades infecciosas (tuberculosis, cólera, tifo, tifoidea, escarlatina, entre otras), tuvieron un decremento significativo antes de la incorporación de medicamentos específicos en el arsenal terapéutico e incluso de la identificación de los agentes causantes de estas enfermedades. Esto le permitió afirmar que el-

Gráfica 4.2.(1): Tuberculosis respiratoria. Tasa de mortalidad anual media: Inglaterra y Gales.



Gráfica 4.2.(2): Escarlatina. Tasa de mortalidad anual media en niños menores de 15 años: Inglaterra y Gales.



Fuente: Thomas McKeown y L.R. Lowe, *Introducción a la medicina social*, México, Siglo XXI, 1981, p.22.

decremento de la mortalidad era atribuible casi totalmente - al mejoramiento del nivel de vida circunscribiendo las conquistas propiamente médicas a un papel menor" (McKeown y Lowe, 1981; cita por Coplamar, 1982:20; ver gráfica 4.2.1 y -- 4.2.2)

Coplamar (1982), también señala que Hemmininki y Paakkulainen (1976), ajustando los datos de mortalidad de Suecia y Finlandia, demostraron que la declinación de las tasas de -- mortalidad por enfermedades infecciosas no se aceleró después de la introducción de los antibióticos y las drogas quimioterápicas. En Estados Unidos se ha llegado a una conclusión semejante a la de McKeown. Ver John B. McKinlay y Sonja M. McKinlay (1977).

El Dr. Jesús Kumate (1977) ha señalado que en México la reducción de la mortalidad por tuberculosis, tosferina y difteria entre otras enfermedades infecciosas, dio inicio mucho antes de aplicarse las medidas reconocidas como eficaces, las que sí logran el objetivo, incluyendo las campañas masivas de vacunación.

Presentaremos ahora nuestro análisis de regresión con modelos de regresión con dos variables. En primer lugar relacionamos la tasa bruta de mortalidad por cada mil habitantes, como variable dependiente, con la tasa de cobertura de la seguridad social por cada mil habitantes, como variable independiente. Usamos un espacio amplio de información para correlacionar los datos, empezando con los datos de 1966 y, --

después los datos seguidos de 1972 a 1981.

Los datos, su localización gráfica y la línea de regresión ajustada obtenida son estas: \*

AÑO	Y	X
1966	9.6	205.1
1972	8.8	272.7
1973	8.2	286.6
1974	7.5	331.9
1975	7.2	349.1
1976	7.3	359.8
1977	7.1	367.2
1978	6.4	400.7
1979	6.4	407.9
1980	6.3	436.1
1981	5.9	470.8
	80.7	3887.9
	$\bar{Y} = 7.336$	$\bar{X} = 353.445$

Y= Tasa bruta de mortalidad por c/mil

X= Tasa de cobertura de seguridad social por c/mil

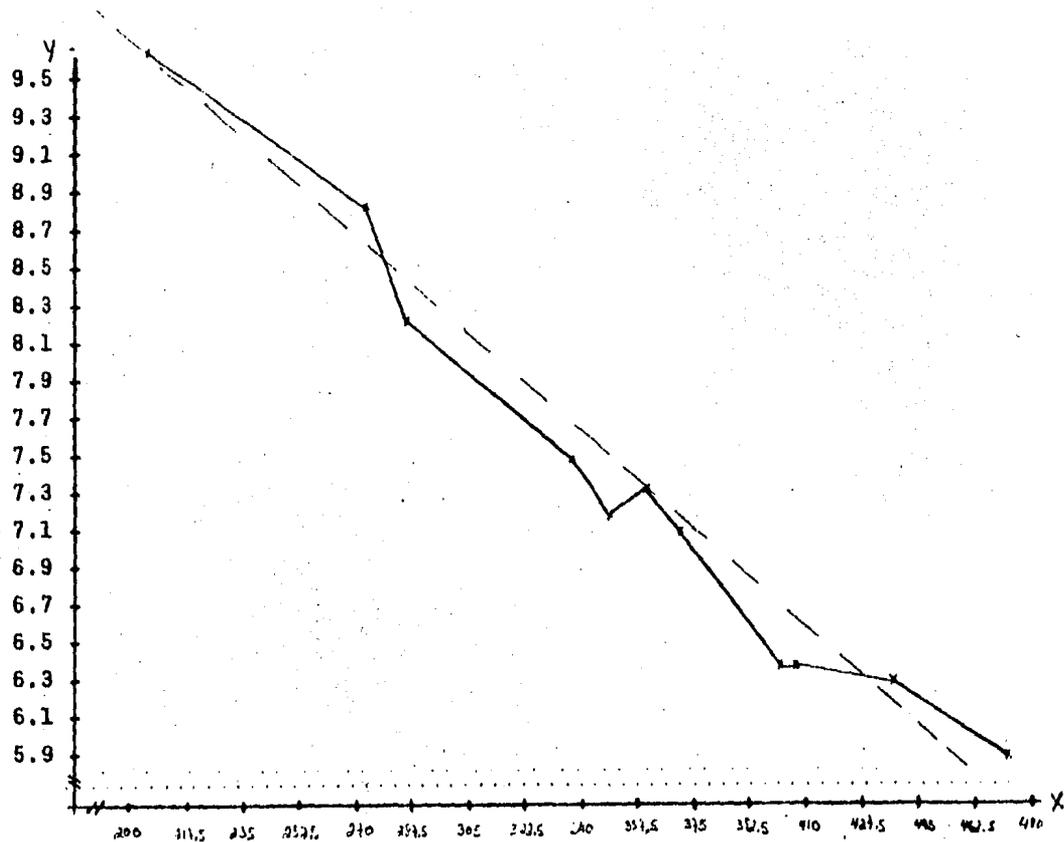
Los resultados son:  $B_1 = -0.015$   $B_0 = 12,638$ ,  $r^2 = 0.9714594$

por lo que la línea de regresión es

$$Y_1 = 12,638 - 0.15 X_1$$

---

\* Sólo en este caso y el siguiente incluimos los datos y la gráfica. En este, como en los siguientes casos, remitirse al anexo 2 para información de los modelos de regresión lineal empleados.



Nota: Hay errores en la medición de la escala.

Observamos que hay una relación inversa entre la tasa -- de cobertura de la seguridad social y la tasa bruta de mortalidad general, es decir, que a medida que aumenta la tasa de cobertura, disminuye la tasa de mortalidad, sin que ello implique necesariamente causalidad. En segundo lugar, podemos observar que mientras la tasa de cobertura tiene un ritmo de crecimiento relativo acelerado, la tasa de mortalidad general, tiene un ritmo de decrecimiento muy lento,\* excepto de 1977 a 1978 y de 1973 a 1974; esto nos hace suponer que hay poca relación entre la cobertura y la mortalidad.

B1 indica que a medida que la tasa de cobertura aumenta, digamos en un punto porcentual, la disminución promedio de la tasa bruta de mortalidad es de aproximadamente 0.015%. Bo, el intercepto de la línea de regresión, indica un valor promedio constante de 12.6<sup>+</sup> de tasa de mortalidad, cuando la tasa de cobertura de la seguridad social es cero. El coeficiente de determinación ( $r^2$ ), significa que aproximadamente el 97% de la variación de la tasa bruta de mortalidad está explicada -- por la tasa de cobertura de la población por la seguridad social. Como se ve, la línea de regresión se ajusta a los datos bastante bien.

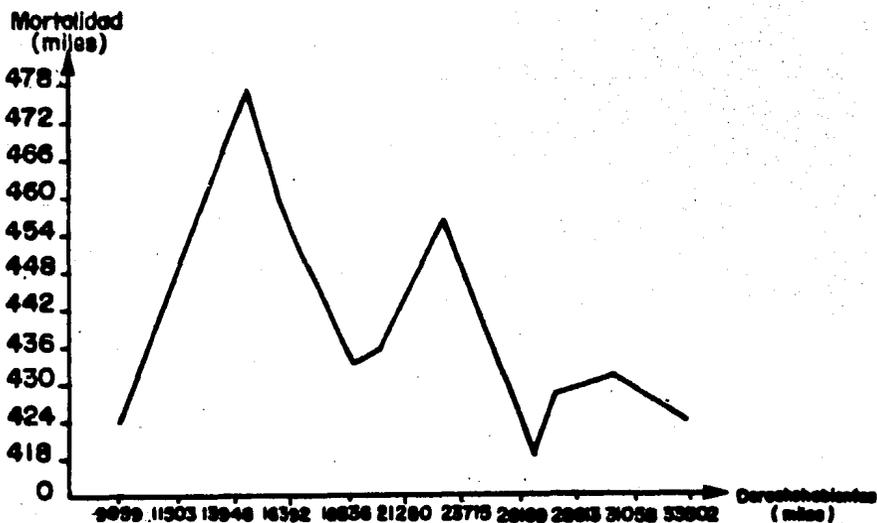
Esto quiere decir que partiendo de la existencia de una tasa bruta de mortalidad general muy alta (estimada), los ---

-----  
\* Ver cuadro de tasa de crecimiento de cobertura, p. 174.

cambios en la tasa de cobertura explican (97%) los cambios en la tasa de mortalidad, que todavía no es lo que queremos demostrar, pero tampoco es lo contrario, pues sólo estamos hasta aquí, hablando de los cambios en las tasas de mortalidad y de cobertura.

Ahora tenemos un análisis de regresión, teniendo a la mortalidad -no a la tasa de mortalidad- general como la variable dependiente, y al número de asegurados como la variable independiente.

Gráfica 4.2. (4)



Año	Mortalidad (miles)	Derechohabientes (miles)
1966	424	9,059
1972	476	14,781
1973	459	16,057
1974	433	19,222
1975	436	20,884
1976	456	22,239
1977	450	23,436
1978	418	26,385
1979	428	27,517
1980	434	30,243
1981	424	33,502

$$B_0 = 462.093 \quad B_1 = -1.006 \quad r^2 = .160$$

Con la simple relación de los datos y la graficación de los mismos no podemos observar qué tipo de relación hay entre la mortalidad general de la población para 1966 a 1981, y los derechohabientes de la seguridad social para los mismos años (por supuesto). Mientras que la cobertura de la seguridad social, en los años considerados siempre tiene una tasa de crecimiento positiva, [ver cuadro 4.2.(5)] la mortalidad tiene - muchos altibajos, a diferentes ritmos, a veces aumenta y a veces disminuye.

El coeficiente de determinación nos indica que la variación en el número de derechohabientes de la seguridad social-mexicana, no explica las variaciones en la mortalidad general de la población, pues sólo el 16% de la variación en la variable dependiente (la mortalidad) se explica por la variable --

4.2.(5): TASAS DE CRECIMIENTO DE LA POBLACION DERECHOHABIENTE DE  
LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL

	IMSS	ISSSTE	RESTO (2)	
1966	5.28	7.94	29.73	5.75
1967	6.08	22.67	8.81	8.10
1968	7.56	2.46	-11.0	5.02
1969	10.87	11.39	19.08	11.65
1970	9.03	1.53	4.49	7.73
1971	7.89	17.61	23.30	10.36
1972	8.68	18.23	- 6.23	8.27
1973	9.11	11.48	0.32	8.64
1974	16.72	39.10	17.62	19.71
1975	7.02	18.69	5.32	8.65
1976	5.16	13.63	4.27	6.49
1977	4.49	11.45	0.16	5.38
1978	13.88	14.46	- 5.36	12.58
1979	6.06	-2.31(1)	3.06	4.29
1980	14.95	2.17	-31.38 (3)	9.90
1981	11.57	6.71	11.84 (3)	10.78
1982	-0.12	5.30	1.62 (3)	- 0.87
1983	-2.91	3.96	1.62 (4)	- 1.76

(1) La población derechohabiente bajó por ajuste de los sistemas estadísticos del Instituto.

(2) Incluye S.D.N., S.M., PEMEX y FF.CC.

(3) No incluye FF.CC.

(4) Supusimos la cantidad del año anterior como constante.

FUENTE: Ver cuadro de población derechohabiente en el anexo.

explicatoria (la cobertura).

Con la información presentada y las regresiones lineales simples elaboradas, confirmamos que las medidas médicas específicas (prevención médica) y la difusión de los servicios médicos a través de la seguridad y la asistencia social, tienen poco efecto en la salud global de la población. "Esto, que resulta obvio para epidemiólogos, no es tomado en cuenta en la definición de políticas de salud y el público, en general, lo conoce poco". (Coplamar, 1982:21).

También hay poca relación entre los recursos convencionales de atención médica y los indicadores tradicionales de salud. En una investigación en 18 países desarrollados, se relacionó la tasa específica de mortalidad por edades con algunos indicadores de recursos humanos, materiales y financieros de atención médica y factores económicos demográficos y dietéticos, encontrándose que los indicadores de recursos médicos no estaban asociados a la reducción de la mortalidad. (Cochrane et. al., 1978; cit. por Coplamar, 1982).

En Estados Unidos tampoco se encontró a mediados de los sesenta, relación entre la longevidad y los gastos médicos. En base a las variaciones de los servicios médicos y los indicadores de mortalidad, se estimó que un estado que gastara, - en relación a otro, el doble per cápita en servicios médicos, tendría que tener una tasa de mortalidad menor en sólo una décima parte. Víctor R. Fuchs ha sugerido que los cambios que se circunscriben sólo a la cantidad de atención médica, no --

alteran sustancialmente el estado de salud de la población, esto se basa, entre otras cosas, en las marcadas diferencias de mortalidad infantil de acuerdo con la clase social. Las investigaciones señaladas sugieren que la continuación del modelo vigente de atención médica, resulta ineficaz para mejorar la salud de la población.\*

Ahora tratamos de demostrar que también en México, tomando el período 1966-1972 a 1981, hay poca relación entre los recursos convencionales de atención a la salud y el indicador de mortalidad, que es un indicador (en forma negativa) de la salud de la población.

De la relación que hicimos de la mortalidad, como variable dependiente, con el gasto en salud ejercido del presupuesto de egresos, como variable independiente, obtuvimos un coeficiente de determinación que nos indica que el incremento en el gasto público (a precios corrientes) no explica las variaciones en la mortalidad de la población; en este caso, el --- 16.5% de la variación en la variable dependiente (la mortalidad) se explica por la variable independiente, el gasto público.

Cabe observar que el gasto ejercido del presupuesto de egresos tomado como base para hacer la regresión está en precios corrientes; si pudiéramos deflactar toda la serie - - -

-----  
 (\*) Ver, además de los autores señalados a W.H. Forbes, 1967; R. Auster et al, 1969; V. R. Fuchs, 1974; y J.B. McKinlay, 1979. Cit. por Coplamar, 1982.

conforme a un índice de deflactación adecuado, obtendríamos cierta diferencia en los resultados, que seguramente, conforme a otras experiencias de análisis y en base a las hipótesis formuladas, no serían muy diferentes.

Otro de los recursos convencionales de atención a la salud en el personal médico. Es de suponerse que habrá una mayor relación entre el número de médicos que labora en las instituciones de salud y seguridad social y los indicadores tradicionales de salud, de la que hay entre éstos últimos y el gasto en salud.

Más concretamente suponemos que hay más relación entre el personal médico y la variación de la mortalidad, que la que hay entre ésta y el gasto ejercido en salud; ya que éste último incluye muchos gastos que no tienen por qué reflejarse en una disminución en la mortalidad, como los gastos destinados a: centros vacacionales, préstamos, tiendas, etc.

En efecto en el análisis de regresión entre la mortalidad, como variable independiente y el personal médico que labora en las instituciones de salud y seguridad social (incluyendo las particulares) como variable explicatoria o independiente, encontramos un coeficiente de determinación del 48.2% que todavía es muy bajo.\*

Con esto hemos apoyado la opinión que señala que hay poca

-----  
 (\*) Considerando que los límites del coeficiente de determinación ( $r^2$ ) son 0  $r^2$  1.

relación entre los recursos convencionales de atención médica, y los indicadores tradicionales de salud. Esto es así, aún considerando que el número de observaciones consideradas para elaborar el análisis es pequeño (11 observaciones), si tenemos en consideración el análisis de los autores citados; sobre todo, el del Dr. Jesús Kumate (supra).

En nuestro análisis de regresión también encontramos -- que el número de asegurados en los sistemas de seguridad social está altamente correlacionado con el gasto público en el sector salud, el incremento en el número de asegurados, explica con mucho ( $r^2=88.8\%$ ) las variaciones en el gasto del sector.\*

En cambio las variaciones en el personal médico tienen menor relación con las variaciones del gasto en el sector, el coeficiente de determinación es de 75.9%, lo que significa -- que la variable independiente (los médicos), explican la variable dependiente, (el gasto).

Esto parece bastante lógico, pues la población derechohabiente no usa sólo los servicios del personal médico y, en el gasto en salud se ha incluido todo el presupuesto ejercido de la asistencia y la seguridad social. Esto nos lleva a la conclusión de que es necesario completar series de información donde se desglose el gasto en salud en sus distintos-

-----

(\*) Esta opinión difiere de la de Laurell y Enríquez (mayo-jun-1980), -- quienes dicen que no hay correspondencia entre el incremento de la cobertura y los recursos financieros; lo que llevaría a una disminución del presupuesto por persona. Sin embargo, su opinión es válida en el corto plazo (2 o 3 años); nuestro análisis es de un plazo mayor (15 años).

componentes, sin embargo la tarea no es fácil.

En este intento que hemos hecho por analizar la eficiencia en el sistema mexicano de salud a través del uso de algunos parámetros cuantificables y otros no cuantificables, podemos concluir que, dado el objetivo de elevar el nivel de salud de la población, optimizando el uso de los recursos disponibles, no se ha sido eficiente, no sólo porque no se hallan alcanzado los objetivos específicos del sector, sino, y esto parece ser lo más importante, por la orientación predominante que tienen los servicios hacia la curación más que hacia la prevención de las principales causas de muerte de la población.

Sin duda alguna se puede enriquecer el estudio del tema aquí tratado, analizando la mortalidad y sus causas en los diferentes grupos de edad, o bien, dados los problemas para sistematizar series de información de los indicadores tradicionales de salud, por medio del uso de encuestas, sin embargo, dadas las limitaciones de recursos económicos y humanos, de tiempo y espacio, aquí sólo señalamos líneas de investigación, con la mejor fundamentación posible.

#### 4.3 El sistema mexicano de salud en la crisis.

En 1982 la economía mexicana entra en una fuerte recesión. Después de haber tenido, de 1978 a 1981, muy elevadas tasas de crecimiento del PIB, en 1982 decrece a -0.5%, y en 1983 a -5.3%. Esta situación se hace sentir en el sistema de

salud.

El objetivo de esta última parte del análisis, no es señalar todos los efectos que ha tenido la crisis económica en las características, objetivos y políticas del sistema de salud, sino la presentación de algunas notas respecto a la consecución o no consecución de algunas metas del sector en 1982 y, señalamientos respecto a la eficiencia del sistema de salud hechos en la situación de crisis que vive el país.

No es sino hasta 1983 cuando cae drásticamente el gasto público en el sector salud y seguridad social, esto es muy notorio en el ISSSTE y en el DIF; aunque lo fuerte de la crisis se había desatado en 1982, es claro que en ese año, las instituciones del sector ya tenían asignado un presupuesto.\*

En 1983 en todas las instituciones disminuye la tasa de crecimiento del gasto; en el DIF se da la caída más drástica, se puede suponer que esto se debe a que siendo, como es una institución de asistencia social, sin derechohabientes, no hay aportaciones (cuotas permanentes) como en el caso de las instituciones de seguridad social.

En el ISSSTE al igual que en el DIF no solo no crece, sino que decrece el gasto a precios corrientes; es de suponerse que a precios constantes -no hemos deflactado las cantidades- la disminución es todavía mayor. También es de suponer que, aplicando un deflactor adecuado al gasto en salud,

---

\* Los datos analizados del gasto de las instituciones están en pesos corrientes, por lo que deben hacerse las reservas del caso.

CUADRO 4.3.1

TASA DE CRECIMIENTO DEL GASTO EJERCIDO DEL PRESUPUESTO DE EGRESOS POR INSTITUCION  
Y % DEL GASTO DEL SECTOR EN RELACION AL PIB Y AL GASTO DEL SECTOR PUBLICO.

	<u>S.S.A</u>	<u>DIF</u>	<u>IMSS</u>	<u>ISSSTE</u>	<u>%/PIB</u>	<u>% GASTO DEL S.P.</u>
1974	23.01	- - -	38.20	48.57	3.87	12.15
1975	30.73	- - -	31.62	-1.65	3.89	10.21
1976	22.58	- - -	28.92	18.31	3.93	9.84
1977	52.22	- - -	26.42	52.79	3.99	9.93
1978	31.24	43.65	19.84	19.68	3.87	9.37
1979	28.65	29.83	29.52	20.88	3.38	8.86
1980	22.43	43.37	37.42	51.42	3.36	8.06
1981	45.05	17.35	47.19	35.94	3.50	7.46
1982	59.17	44.26	77.58	55.58	3.76	6.32
1983	33.83	-49.38	21.92	-8.68	2.34	4.73

FUENTE: VER CUADRO 1 y 2 EN EL ANEXO ESTADISTICO.

el resultado sería una disminución del mismo en todas las - instituciones del sector.

Con los datos a precios corrientes, vemos que el gasto en la SSA logró mantener una tasa de crecimiento alta, como en todo el periodo analizado, aunque, dada la tasa de inflación de 1983, suponemos que, medido a precios de 1970, no - creció, sino que decreció. También es de suponer que dado el rezago tradicional del gasto en la SSA, se decidió no disminuir en mucho su gasto.

En el caso del IMSS, vemos que la tasa de crecimiento del gasto, excepto en 1977, 1978 y 1983, es más alta que la de la SSA, a pesar del esfuerzo por elevar el gasto de ésta última institución. Parece ser que el movimiento de la tasa de crecimiento del gasto del IMSS, está más ligado al movimiento cíclico de la economía, pues en 1976, con la devaluación del peso, empieza a disminuir su tasa de crecimiento y sigue cayendo hasta 1978. A partir de 1979, con la recuperación de la actividad económica, de nuevo aumenta el ritmo de crecimiento del gasto ejercido del presupuesto, alcanzando una tasa muy elevada en 1982, año crucial en la historia económica del país, por la caída vertical en el valor del peso. En 1983, ya en plena recesión económica, la tasa de crecimiento del gasto del IMSS, a precios corrientes es de 21.92%, inferior al crecimiento de la tasa de inflación, que es, en ese año de 59.49%.

Parece ser que el gobierno tiene más margen de acción

en el desarrollo de su política de gasto en el ISSSTE que en el IMSS, pero menos que en las instituciones de asistencia social. Esta interpretación surge al observar las tasas de crecimiento del gasto en cada una de las instituciones a que venimos haciendo referencia, es claro que es necesario consi~~derar~~ otros elementos para hacer una interpretación más completa de la política de gasto público en el sector salud y seguridad social.

Observamos no obstante, un cierto movimiento cíclico - del gasto en el sector, muy ligado a los movimientos de rece sión y recuperación de la economía; si además consideramos la desigual distribución del gasto del sector entre la orien tación curativa más que preventiva de los servicios de salud, podemos concluir que esto nos lleva a un empeoramiento de - las condiciones de salud de la población y un fracaso en la consecución de las metas planeadas por las instituciones del sector.

El siguiente cuadro muestra que para 1982, gran cantidad de las metas originalmente programadas (algunas no son cuantificables) no se alcanzaron.

Estas metas, que tienen que ver fundamentalmente con la atención preventiva las seleccionamos del anexo programático del primer informe de gobierno de Miguel de la Madrid (1982), una visión completa del mismo nos confirma la orien tación cu rativa de las instituciones de salud.

Como se puede observar, en varios programas de preven-

CUADRO 4.3.2

METAS PROGRAMADAS Y METAS ALCANZADAS POR LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD 1982.

<u>PROGRAMA</u>	<u>UNIDAD DE MEDIDA</u>	<u>SSA</u>		<u>IMSS</u>		<u>ISSSTE</u>		<u>DIF</u>	
		<u>ORIG. ALCANZADA</u>							
ENFERMEDADES PREV. POR VACUNAS	DOSIS	27 165	17 453	23 909*	27 767*	3 500*	2 832*	75 000	61 597
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	CONSULTA*	3 266	1 657	2 304**	1 308**	1 615	1 546	-----	-----
NUTRICION	RACION*	135 348	26 777	NO CUANTIFICABLE		2 346	2 014	50 000	60 456
EDUCACION PARA LA SALUD	PLATICA*	2 202	552	6 821**	16 590**	605**	1 760**	26 400**	18 764**
CONTROL SANITARIO	INFECCION*	1 620	762	-----	-----	-----	-----	-----	-----
CONTROL FAUNA NOCIVA	ROCIAMIENTO*	1 355	890	-----	-----	-----	-----	-----	-----
PROD. DE BIOLOGICOS	DOSIS*	69 230	39 277	-----	-----	-----	-----	-----	-----
PROD. DE MEDICAMENTOS	UNIDAD*	1 734	678	-----	-----	-----	-----	-----	-----
PROD. Y REP.ORTESIS Y PROTESIS	PIEZA*	17	9	-----	-----	-----	-----	1 100***	418***
CONSULTA EXTERNA GENERAL	CONSULTA*	12 754	9 840	46 557	39 970	11 473	9 814	135	101

\*) MILES ; \*\*) LA UNIDAD DE MEDIDA ES "PERSONA" ; \*\*\*) NO ESTA EN MILES.

FUENTE: 1er. INFORME DE GOBIERNO, MIGUEL DE LA MADRID HURTADO. ANEXO: SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA, 1983, MEXICO.

ción de enfermedades la diferencia entre la meta programada originalmente y la meta alcanzada es enorme, de alrededor del 50 por ciento. El cuadro también muestra la importancia que tienen los diferentes programas del sector salud para cada una de las instituciones, lo que sirve de base a las críticas que hemos presentado a la orientación y estructura del sistema mexicano de salud.

1982 es un año importante para México, no sólo por la crisis económica, sino que también porque hay cambio en el equipo gobernante. Estas dos circunstancias se reflejan también en el sistema de salud a través de varias luchas, algunas de las cuales queremos destacar aquí.

Además de no alcanzar las metas programadas y de existir probablemente una reducción del gasto real del sector salud, -dado el alto nivel de la tasa de inflación (59.49%)\*- se inició la disminución o eliminación de algunos programas de inversión; por ejemplo, en marzo de 1982 se decretó la desaparición de la Comisión Constructora de la SSA, dejando de invertir más de dos mil millones de pesos, afectándose la construcción de "...obras prioritarias como centros de salud en zonas marginadas." (Uno más uno, 1-VI-82)

También se inicia una crítica muy clara y directa a la ineficiencia del sistema de salud. En una reunión efectuada el 21 de enero en la Coordinación de los Servicios de Salud

---

\* Ver CIDE, Economía Mexicana, Serie Temática No. 2, 1984 p.53.

(CSS), Antonio Suárez McAuliffe, asesor de la Presidencia de la República señala la necesidad de "racionalizar" el esquema de prestación de servicios de salud, sobre todo los de alta especialidad, para poder solventar el déficit en la - - atención médica, precisando que en las instituciones de seguridad social, aunque sólo el 3% de las atenciones médicas requieren hospitalización, éstas representan la mitad del total del gasto. "Para racionalizar efectivamente los recursos, el Estado debe abocarse en mayor medida, a tratar el origen socio-económico de las enfermedades como son los problemas de vivienda, falta de higiene y alimentación." (Boletín, CSS No. 2 feb.-marzo,1982).

En julio del mismo año el comisionado por la Presidencia de la República para elaborar el anteproyecto de Sistema Nacional de Salud, Guillermo Soberón "...reconoció que en el país hay gran despilfarro de recursos, duplicidad de instalaciones y dispendio de esfuerzos y de elementos humanos, lo que exige un reordenamiento sectorial que lleve al máximo aprovechamiento." (El Universal,26-VII-82:1).

Con el llamado Sistema Nacional de Salud se avanza en la solución del problema de la ineficiencia del sistema de salud. Pero, dado que no es un sistema único, integrado orgánicamente, sino que tiene muchas limitantes, en realidad se avanza poco en el objetivo propuesto, pues el objetivo de obtener el máximo rendimiento de los recursos disponibles, choca con el objetivo de mantener un "respeto absoluto por las

formas de organización de las instituciones que participen en el sistema". En la misma entrevista Soberón señala que puede preverse, que la próxima administración recogerá muchos de los planteamientos formulados por la CSS, avanzando en la integración de un Sistema Nacional de Salud. (El Universal, 26-VII-82).

Se puede aventurar la opinión, o hacer el supuesto de que por lo menos desde principios de 1982, se le había empezado a entregar el poder a Miguel de la Madrid, y de que posiblemente había acuerdo en que el siguiente secretario de salubridad debía ser Guillermo Soberón. En apoyo de esto vendrían los críticos comentarios que se presentan aquí sobre el sistema de salud. De hecho, la CSS empezó a trabajar como un aparato de preparación para que el equipo que lo conformaba, asumiera la dirección de la SSA; la declinación posterior de la CSS también viene en apoyo de esta hipótesis.

## CAPITULO CINCO

## Conclusiones y recomendaciones

Hasta aquí, a lo largo de los capítulos elaborados, se han presentado ideas en torno a las hipótesis planteadas. Aunque no comprobamos todas las hipótesis que nos propusimos originalmente, lo cual era muy ambicioso, se avanzó en la comprobación de aquellas que tienen que ver con el objetivo central de la tesis, es decir, la eficacia y la eficiencia del sistema de salud y, junto con ello, el gasto público en salud.

Pero más que decir triunfalmente que comprobamos tal o cual hipótesis, lo importante es mostrar qué tan rica resultó la hipótesis central como guía de estudio. El presente capítulo tiene como objetivo mostrar los resultados de ese "hilo conductor".

En cuanto a su estructura, diremos que el sistema mexicano de salud esta conformado por tres subsectores, que implican tres formas básicas de organización de la atención de la salud: a) el subsector de seguridad social, b) el subsector de asistencia social y, c) el subsector privado.

A su vez, estos subsectores estan conformados por diversas instituciones que implican un acceso diferente, en cuanto a calidad y cantidad, de la población a los servicios de salud.

Pero hay un rasgo común a los tres subsectores: con di-

ferencias de grado, están orientados fundamentalmente a la atención médica curativa. Como vimos en el capítulo cuatro, la única institución que se salva de este rasgo común es el DIF. Aunque no analizamos por separado los servicios que se prestan a través del convenio IMSS-COPLAMAR; es posible que tengan una composición más balanceada entre atención preventiva y atención curativa. De cualquier forma, estas instituciones atienden a una parte muy pequeña de la población con un presupuesto muy reducido.

Así pues, vimos que una de las características del sistema mexicano de salud es la medicalización de la atención.

La actual estructura del sistema de salud se empezó a formar en los años cuarentas de este siglo, con la promulgación de la ley del seguro social y la creación de hospitales e institutos especializados. En esto el Estado ha jugado un papel muy importante. Con la creación y desarrollo de las instituciones de seguridad social se inicia una nueva etapa de los servicios de salud en México.

La estructura organizativa del sistema de salud está estrechamente ligada al desarrollo económico y a los intereses de los grupos sociales en pugna; es una expresión de poder y de fuerza, donde el Estado interviene de forma directa en su conformación a través de la ley y del presupuesto público, - pues el de la salud, es un aparato que lo legitima ante las masas y le da hegemonía.

Tenemos que conforme al nivel de profundidad de nuestra

investigación, no podemos dar la categoría de modelo a todas las concepciones o niveles de análisis del proceso salud-enfermedad comentadas en la segunda parte del capítulo dos; por lo que debemos de hacer las siguientes consideraciones. En cuanto a la concepción mágico-religiosa, aunque no tenemos los elementos suficientes como para dar la categoría de modelo a la concepción y organización del proceso salud-enfermedad mesoamericana desarrollada por Sanginés, y menos aún como para generalizar un modelo mágico-religioso universal, en lo cual tiene una tarea fundamental la antropología médica, podemos decir que conforme a lo expuesto en la segunda parte del capítulo dos, parece ser que esta concepción y modo de atención de la salud-enfermedad, tiene coherencia con el entorno social que la hace ser eficaz en tanto concuerda con la cosmovisión mesoamericana y, eficiente en tanto hay una atención de la salud conforme a las causas de enfermedad.

En cuanto a las demás concepciones sólo podemos hacer algunos comentarios muy generales sujetos a comprobación. La concepción que parece reunir las características más destacadas de los modelos conceptuales (ver introducción) es la ecológico-sanitarista, pues aún con las críticas que se le han hecho, fija un objeto de estudio: la enfermedad; categoriza el sistema; proporciona explicaciones: para ella la enfermedad no obedece sólo a problemas biológicos individuales, sino que esta condicionada por factores sociales y; genera y

desarrolla hipótesis de trabajo.\*

La concepción biologicista de atención a la salud, también parece reunir los requisitos para ser considerada como un modelo, sin embargo, su validación ha sido muy cuestionada (p.51 supra). A partir de ese cuestionamiento surge el modelo ecológico-sanitarista, la concepción dominante en la actualidad.

La concepción de la salud-enfermedad como un proceso social determinado por el lugar que ocupa el individuo en el proceso productivo, que considera elementos biológicos, sociales e históricos, se está desarrollando en base a la crítica de la coherencia y el rigor en las deducciones del modelo sanitarista.

El problema de la eficacia, a diferencia del de la eficiencia, parece de fácil solución; inclusive definirla es muy fácil una vez considerados los problemas de los niveles de abstracción implicados en la diferenciación de eficacia y efectividad. El asunto parece fácil, se define una meta, y si se alcanza se fue eficaz. El problema surge cuando cuestionamos las metas; detrás de la definición de las prioridades en las metas a alcanzar, hay una concepción del proceso salud-enfermedad conforme a la cual se organiza el sistema de salud, por otro lado, la composición de las enfermedades

---

\* Definimos un sistema como "...un agrupamiento organizado de elementos interactuantes que tienden a un objetivo común, pudiendo ser seleccionados de la realidad o tomado de una teoría." (Sosa, s.f.:42)

se va modificando. Cada época histórica presenta enfermedades particulares, y en una época histórica de una sociedad particular, dado el desarrollo desigual y combinado de las sociedades, se pueden presentar enfermedades de diversas épocas históricas; así, las enfermedades parasitarias e infecciosas predominantes en el "nivel mágico-mítico"(Jores,1981) tienen importancia actual en países como México.

Esto significa que hay reserva de eficacia, pues con los métodos de atención curativa y preventiva conocidos se pueden solucionar esos problemas, lo importante es evaluar la ciencia y la tecnología disponible, incluyendo la herbolaria, la homeopatía, la acupuntura, etc., es decir, la medicina marginal, como medios que además de eficaces, pueden ser eficientes en la consecución de la gran meta: salud para todos al menor costo posible.

Con esa evaluación, si arroja resultados positivos, se estaría en posibilidades de cambiar, para México, los componentes más importantes en la realización de actividades de atención médica, los que estan bajo control de los países - centrales, a saber, medicamentos y equipos de diagnóstico y tratamiento, los que de acuerdo con Testa (1983) estan condicionando la formación del personal médico.

Con una reconsideración de las metas a alcanzar, conforme a las principales causas de enfermedad y muerte de la población, que se concretice en una cierta proporción entre - servicios preventivos y servicios curativos, se podrá deter-

minar, definir un nivel de gasto público apropiado a la consecución de esas metas.

La definición de las metas y de la estrategia a seguir por el sistema de salud, deberían ser objeto de una discusión nacional, que fuera democrática y popular, pues seguramente, la consecución de la eficacia y la eficiencia requerirá la participación de la comunidad.

Con esto, como lo hemos hecho aquí, se cuestiona no sólo el nivel y dirección del gasto público, sino también la estructura institucional del sistema de salud y con el, los intereses que hay de por medio, lo que hemos hecho aquí sólo implícitamente.

Considerando que hay reserva de eficacia y es posible lograr eficiencia en el sistema de salud, hemos dicho que dentro de ciertos límites el gasto público puede incrementarse, disminuir o permanecer constante sin afectar para nada la eficiencia de las acciones realizadas; ésta es una hipótesis a desarrollar en un trabajo futuro; el objetivo sería, si se acepta la proposición, encontrar cual es ese límite dentro de un cierto rango de variación.

Hemos visto que no hay acuerdo en la definición de lo que es la eficacia y lo que es la efectividad en el sistema de salud. Lo que para unos autores es efectividad para otros es eficacia, y viceversa, lo que para unos es eficacia, para otros es efectividad. El problema, como decíamos en la primera parte del capítulo tres, se debe a una confusión en los ni

veles de análisis, problema que esta ligado estrechamente al hecho de que se hace referencia a la atención médica al tratar de evaluar la eficacia o efectividad del sistema de salud; y la atención médica, como señala López P. (1981) sólo es un factor mas en la determinación del equilibrio bio-psico-social del individuo.

Por lo tanto, lo primero que hay que hacer es dar una definición clara del objeto de estudio y objetivo del sistema de salud; y éste no puede ser otro que la salud de la población. Se reconoce que la definición de salud de la OMS, aún considerando que debe ser adaptada a las condiciones específicas de cada país según la situación socioeconómica, los marcos culturales e ideológicos y el medio ambiente predominante (Breilh, s.f.; Rojas, 1982) es muy amplia como para poder ser medida o cuantificada.

Aunque fuera menos amplia, precisamente si queremos considerar la situación socioeconómica de cada comunidad, los marcos culturales e ideológicos y el medio ambiente predominante, por ello, no existen parámetros con valor universal para señalar con cierta precisión cual es el nivel óptimo de bienestar físico, mental y social que deben tener los individuos y grupos sociales.

No por ello hay que desechar la definición de la OMS, lo que hay que hacer es adecuarla a las condiciones específicas de cada país y de cada comunidad. A partir de esa definición se establecerían las metas específicas de los programas

de salud. Tampoco se tiene un porqué para reducir la idea de salud al funcionamiento bio-fisiológico del individuo. Como sabemos, salud implica saneamiento, vivienda, trabajo, nutrición y educación.

Con estas consideraciones y con el reconocimiento de las limitaciones del saber médico en su capacidad para curar,\* concluimos que se puede ser eficaz y eficiente sin ser efectivo, lo que implica -aunque no necesariamente- el reconocimiento de la iatrogénesis médica. Esta última, como señalamos en el capítulo tres, ha sido ampliamente reconocida.

En cuanto al análisis costo-beneficio en salud, se ha señalado que es muy difícil (Rosenthal,1981; Flagle,1981; Merino,1978; Zurita,1974) medir los beneficios, o prácticamente imposible. Señalemos los problemas encontrados independientemente de los de definición del objeto de estudio y de la concepción del proceso salud-enfermedad.

En primer lugar hay que señalar que pocos programas de salud tienen un solo objeto. Si se miden los beneficios por años de vida prolongados, al considerar los problemas asociados a la longevidad, cronicidad y otras enfermedades incurables, el criterio resulta inútil. El criterio de Donabedian (1981) de medir beneficios en días de funciones totales agregadas a la esperanza de vida, suena convincente, pero difi-

---

\*Si aceptamos la proposición de Jores (1981), ver p. 46 supra.

cil de cuantificar y algo parcial, ya que habría que considerar la calidad de vida de los días de funciones agregadas.

Otro problema es el de la asimilación de la atención médica a atención de la salud, sin considerar la atención preventiva. No encontramos una evaluación positiva de la contribución de la atención médica (en general) a la salud; lo que encontramos por lo general, es evaluación de programas o campañas sanitarias muy concretas, con lo que se evita cuestionar las políticas estratégicas en el sistema de salud.

Otras consideraciones en torno a los beneficios son: a) Si la igualdad es importante, el valor social de los beneficios puede ser menos notable que su distribución. (Rosenthal, 1981). b) Hay que distinguir los beneficios de largo plazo de los de corto plazo, pues algunos costos sólo se justifican con el tiempo. c) Muchos de los servicios de salud tienen "externalidades", es decir, producen efectos (beneficios o perjuicios) sobre individuos o grupos de individuos que no estaban considerados en los programas o campañas de salud.

El análisis costo-efectividad desvanece el problema de los beneficios, ya que una vez fijada la meta, se ocupa del costo relativo de las alternativas, con lo que se soslaya el cuestionamiento de las políticas estratégicas.

En la segunda parte del capítulo tres aplicamos el análisis marginal al sector salud, más que eso, usamos un modelo de equilibrio general neoclásico como un marco de referencia "ideal" que tiene como definición de maximización de be-

neficios al óptimo de Pareto. Dentro de ese marco teórico en contramos algunos problemas que, junto con las críticas a los supuestos que lo sustentan y los problemas señalados para cuantificar los beneficios en salud, nos conducen a afirmar que no existen ni pueden existir criterios precisos para medir la eficiencia en la aplicación de los recursos para la atención a la salud.

En primer lugar debemos señalar que no encontramos un análisis empírico que sirviera como criterio de validación del modelo de equilibrio general neoclásico aplicado al sistema de salud, ni vimos que fuera posible hacerlo.

En segundo lugar, señalaremos las críticas a los supuestos que sirven de base a la teoría de la economía del bienestar, pues algunas de ellos son fundamentales, pues no solo son irreales, sino que van en contra de lo que nos dice la experiencia empírica:

El supuesto de que cada paciente paga el costo completo de su atención va contra la realidad de lo que sucede en México, excepto en el caso de la atención en clínicas y hospitales particulares, y eso no siempre, pues hay formas de pago que socializan el costo de la atención, esto es lo dominante en México; con la asistencia social existen precios discriminados para los servicios médicos.

Especialmente en el terreno de la salud es falso que los individuos conozcan todos los hechos, o que tengan información completa. Aún los médicos desconocen las causas de -

gran cantidad de enfermedades. Los pacientes delegan su confianza en el personal médico, "...quienes transforman signos, síntomas, síndromes, quejas y problemas de salud en general, en demandas de sus propios servicios.." (Peña,1983:121). Por lo que el individuo ni es el mejor juez de su propio bienestar, ni actúa de acuerdo con sus propias preferencias. En conclusión, las preferencias o gustos del consumidor de atención médica son moldeados por médicos y laboratorios farmacéuticos y, ni el médico mejor intencionado puede conocer con certeza la función de utilidad del paciente.

Si aceptamos sin conceder los supuestos de este enfoque del equilibrio general y nos adentramos en el análisis de su funcionamiento, encontramos algunos problemas:

a) Puede haber diferencias entre los individuos en cuanto al conocimiento de los hechos, como dice Donabedian (1981) algunos pueden ser muy idiosincrásicos.

b) La teoría ortodoxa del bienestar supone que la distribución de riqueza deseada ya se ha obtenido; en cuanto a la obtención de posiciones a lo largo de la curva de contrato en la gráfica III.2.2.(5), la condición de Pareto, como dice M. Dobb (1976) es incapaz de pronunciarse, ya que estas posiciones representan desplazamientos de la distribución entre el individuo A y el B que implican conflicto entre ellos, en el sentido de que lo que A gana es a expensas de B y viceversa. Decir que alguien podría estar mejor a expensas de otro, es decir que la distribución del ingreso no es aceptable.

La distribución puede mostrar que un sistema de competencia que satisface la condición de Pareto conduce a una adjudicación eficiente ("óptima") inadecuada,\* con lo que la distribución de atención médica y atención preventiva en - nuestro ejercicio (p.101 a 115) tendría efectos negativos. Si la distribución del ingreso no es aceptable será mejor - vender servicios médicos a la gente de bajos ingresos a un bajo precio y dársela a las comunidades de escasos ingresos monetarios a cambio de su participación en los mismos, como lo establece el programa IMSS-COPLAMAR, socializando los costos de producción.

c) Se supone con frecuencia implícitamente, que el bienestar de la sociedad aumenta cuando el ingreso monetario se redistribuye, lo que no necesariamente es válido en cuestiones de salud, e inclusive, en casos extremos llega a ser negativo, dependiendo [ver gráfica III.2.2.(5)] de la valoración individual entre atención médica y atención preventiva;\*\* esto sucede también en el caso de la nutrición, en determinados - casos un aumento de ingresos significa un incremento en el consumo de "alimentos chatarra", lo que se reflejará en la salud. La atención médica debería presentar una elasticidad ingreso de la demanda cercana a cero.

d) Otro problema es el de los precios. En el caso de la salud es notoria la inexistencia de un sistema de precios per-

---

\*Como en el caso del desempleo natural.

\*\*Ver nota de la p. 112.

fectamente competitivo. De nuevo, si la distribución del ingreso no es aceptable, no se pueden encargar al mercado los precios de la atención médica; el resultado de un sistema de precios de mercado no es aceptable para la gente de bajo nivel de ingresos, por lo que en México existen y deben seguir existiendo los precios discriminados para los servicios médicos.

e) Un problema muy ligado al de los precios discriminados, es el de la distinción entre bienes o servicios transferibles y no transferibles. En el caso de la atención médica, excepto en la entrega de fármacos y algunas actividades preventivas, se trata de servicios no transferibles, con lo que no hay problemas por la existencia de precios discriminados; pero en el caso de las actividades de salud que involucran bienes transferibles, por ej. fármacos y reparto de raciones alimenticias, se puede caer en ineficiencias, por lo que son necesarios los controles sobre la distribución, lo que incrementará el costo del servicio.

f) Un problema que ya tratamos es el de las externalidades; si los beneficios de la atención recibida por los individuos recae en parte sobre otros, el mecanismo del mercado fracasa en su objetivo de maximizar el bienestar mediante la asignación "óptima" de recursos.

g) No toda asignación que satisface la condición de Pareto es un óptimo de bienestar social, pues éste depende de la función de bienestar social, y la construcción de una función de este tipo es un problema no resuelto.

En los documentos oficiales que tienen vigencia durante el periodo presidencial de López Portillo (SPP,1977; SSA - - et al,1980; COPLAMAR,1979; SPP,1980) aquí analizados, se hace un diagnóstico correcto del sistema mexicano de salud, pues reconoce los principales problemas y cuellos de botella que tiene el sector. Sin embargo las propuestas que se hacen son muy generales y a veces poco claras (ver capítulo cuatro) inclusive, en algunas metas específicas hay incongruencia - entre lo que se proponen y lo que esta sucediendo en la realidad (conforme a la información estadística obtenida para esos años), esto refleja uno de los principales problemas relacionado con la programación de metas y la evaluación de - las mismas; es la carencia de un sistema integral de información y de una metodología para programar y evaluar las acciones, lo que tiene que ver con la dispersión de esfuerzos en un gran número de instituciones.

En la estrategia seguida de mínimos de bienestar se dió prioridad a la atención de los grupos marginados, descuidándose la solución de los principales problemas y cuellos de botella. No minimizamos los logros obtenidos, fueron muy importantes, pero en virtud del enfoque y objetivos de esta tesis, resaltamos los problemas que tienen que ver con la eficiencia y eficacia del sector.

Una de las medidas que destacamos y que es necesario rescatar del olvido es la creación del SAM, estrategia que tiene efectos muy importantes (preventivos) sobre la salud

de la población; la situación en el renglón de la nutrición, conforme a la encuesta del Dr. Ysunza parece ser muy delicada, sobre todo en el sur del país y en general en las zonas marginadas. Cabe destacar algo relacionado con la concepción del proceso salud-enfermedad dominante, y es que la clasificación mundial de enfermedades ignora a la desnutrición como padecimiento mórbido.

Independientemente de que el diagnóstico oficial reconozca los principales problemas y cuellos de botella del sector salud, vemos que no hay una explicación del porque de esos problemas; sucede que en el fondo, hay una concepción ecológico-sanitarista de la salud, que no considera la relación del proceso salud-enfermedad con la estructura socioeconómica. Aunque no se nos diga esto, más que por lo que se dice, debemos de guiarnos por lo que se hace.

En primer lugar la seguridad social se organiza para los trabajadores que tienen una relación laboral a través de un contrato, esto es importante pues por ejemplo, para 1982, IMSS e ISSSTE ejercen el 84% del gasto del sector. En segundo lugar, hay una desigual distribución del gasto ejercido por el sector público entre las instituciones de asistencia social que tienen la responsabilidad de atender al 54.5% de la población con el 12.4% del gasto ejercido en 1982, mientras las instituciones de seguridad social cubren casi al 45.5% de la población con el 87.5% del gasto total. En tercer lugar, el renglón bienestar y seguridad social presenta

una tendencia al crecimiento como parte del gasto del sector, a costa del renglón servicios médicos y salubridad; en 1982 la asistencia social que no es atención médica ni salubridad, sino otros servicios que tienen que ver con la salud y el bienestar de la población representa una parte ínfima del gasto del sector. Por último, del gasto en salud (dejando aparte el gasto en seguridad y asistencia social que no afecta de forma directa a la salud) las tres principales instituciones de salud del país: IMSS, ISSSTE y SSA, destinan la mayor parte a atención curativa a costa de la atención preventiva, reforzando el fenómeno de la medicalización de la salud, siendo la SSA responsable de la mayoría de los programas preventivos, cuando entre las principales causas de enfermedad y muerte se encuentran muchas, tal vez la mayoría, que son prevenibles o evitables.

Por ello decimos que no se es eficaz, porque los procedimientos empleados no son efectivos, ya que la atención preventiva no es accesible para un alto porcentaje de la población. En otras palabras, el procedimiento de dar preferencia a la atención curativa sobre la preventiva no permite alcanzar los objetivos propuestos.

En el esfuerzo hecho para validar empíricamente nuestras afirmaciones, aplicamos el análisis de regresión simple entre dos variables con la idea de que las condiciones materiales de vida son de fundamental importancia en el desarrollo del proceso salud-enfermedad; encontramos que tanto la

cobertura (número de asegurados) de la seguridad social como el gasto que ejerce el sector salud,\* tienen que ver muy poco con el descenso habido en la mortalidad de la población mexicana ( $r^2$  de .160 y .165 respectivamente), que el número de médicos por cada mil habitantes, aunque explica más que el gasto público y la cobertura el descenso de la mortalidad, también lo explica poco ( $r^2$  de .482).

Con esto nos acercamos a la afirmación de algunos autores en el sentido de que el decremento de la mortalidad es atribuible al mejoramiento del nivel de vida, quedando las medidas médicas en un papel menor (McKeown y Lowe, 1981; McKinlay y McKinlay, 1977; Kumate, 1977; Hemmininki y Paakkulainen, 1976; Fuchs, 1974; etc.).

En 1982 con la crisis y el cambio de gobierno, se reconocen los problemas de falta de racionalidad del sector y se proponen e inician reformas en el mismo. Sin embargo, la situación que describimos es estructural, hay muchos intereses de por medio, por lo que es difícil, sin voluntad política, avanzar en la solución de los problemas señalados; la propuesta de un sistema nacional de salud, tiene la limitante del objetivo de respetar la organización actual de las instituciones que participan en el sistema; no es un sistema único, integrado orgánicamente, así el objetivo de obtener el máximo de rendimiento de los recursos disponibles choca con

---

\*Que incluye muchos gastos que no tienen porque expresarse de una forma directa con el descenso de la mortalidad.

el de respetar las formas de organización existentes.

Para poder elaborar una estrategia que se aboque a la gran meta de salud para todos al menor costo posible, es necesario tener presente que las consecuencias de las intervenciones de salud pueden ser beneficios y perjuicios, que se presenta en la realidad una mezcla de servicios útiles, inútiles y lesivos (Peña,1981; Donabedian,1981). Podemos clasificar los efectos de las acciones de salud en tres planos: a) decisiones de políticas estratégicas, b) decisiones clínicas y c) decisiones programáticas; para cada uno de los cuales debe haber una respuesta.

Aquí proponemos la idea de una estrategia de salud para todos al menor costo posible, que resalta los problemas ligados a la maximización de los beneficios, reconociendo la dificultad para su cuantificación. Por ello señalamos problemas como el de las externalidades de los servicios de salud que, cuando son positivas, generan una tendencia a tratar los beneficios como costos que se evitan, sin embargo, existen cambios tecnológicos que hacen cambiar los patrones de costo, por lo que se debe de adoptar una visión dinámica, de cambio no sólo en los costos y la "tecnología", sino también en la composición de las enfermedades.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Almada B., Ignacio "Los rollos propiciatorios. Salud en México." Nexos, Núm. 88, México, abril de 1985.
- Alvarez A., J. et al Historia de la salubridad y de la asistencia en México. SSA, México, 1960; cit. por Hernández, 1982.
- Auster, R. et al "The production of health, an exploratory study." en J. Human Res., 4,411, 1969; cit. en McKinlay, 1979.
- Autores varios. La salud en América Latina, aspectos prioritarios de su administración. UNAM-FCE, México, 1983.
- Breilh, J. Notas acerca de "salud y enfermedad", UAM-X, s.f. México, mimeo, cit. por Rojas, 1982.
- Caro, Guy. La medicina impugnada; la práctica social de la medicina en la sociedad capitalista. LAIA, Barcelona, 1972.
- Churchman, Ackoff. Introduction to operations reserch. Instituto del libro, La Habana, 1966. cit. por Sosa, s.f., p.42.
- Cochrane, A. et al "Health service 'input' and mortality - - 'output' in developed countries", en J. of Epidemiology and Community Health, 32, 1978. pp. 200-205. cit. por COPLAMAR, 1982.
- Coe, Rodney. Sociología de la medicina. Alianza editorial, Madrid, 1973.
- COPLAMAR Mínimos de bienestar. 4 salud. Presidencia de la República, México, 1979.
- COPLAMAR Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000. Salud: 4, Siglo XXI, México, 1982.
- Correa V., M. E. "Capital monopolista, Estado e instituciones estatales de salud en México, 1940-1978", en Investigación Económica 158, - oct.-dic., 1981.

- Colin D. C. (ed.) Financing Social Security. A conference sponsored by The American Interprise Institute for Public Policy Research. Washington, D.C., 1979.
- Cooper y Culyer (ed.) Health Economics. Penguin Books Ltd. Middlesex, England, 1973.
- Dobb, Maurice. Economía del bienestar y economía del socialismo. Siglo XXI, 4a.ed. México, 1976.
- Donabedian, A. "Evaluación y monitoreo de la calidad de los servicios de salud." en Investigación en servicios de salud. Memoria del seminario, julio de 1978, Querétaro, México, CONACYT-SSA. 2a. ed., 1981.
- Ferguson, C.E. Teoría microeconómica. FCE, México, 1971.
- Flagle, Ch. Participación en el seminario de Investigación... CONACYT-SSA, 1981.
- Florescano, E. Estructura y problemas agrarios de México 1500-1821. Sep setentas, México, 1971. cit. por Sanginés, 1979.
- Freedman, M. "La metodología de la economía positiva." en Lecturas de política económica. FE., UNAM, 1982. Tomado de: Ensayos sobre economía positiva, Gredos, 1967.
- Forbes, W.H. "Longevity and medical costs", en N. Engl. J. Med., 1967. cit. en McKinlay, 1979.
- Fuchs, V.R. "Who Shall Live?", Nueva York, Basic - - Books, 1974. cit. por COPLAMAR, 1982.
- Fuchs, V.R. "Economics, Health and Post-industrial Society Milbank Memorial Fund Quaterly" en: Health and Society, 1979, Vol. 27 Núm. 2. cit. por Lanza, 1983.
- Gebser, Jean. Ursprung und Gegenwart. Deutsche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, 1949. cit. por Jores, 1981.
- Gillman, J.M. "¿Es compatible el estado del bienestar con el capitalismo?" en: La crítica de la economía política, hoy. Rosdolsky, R. et al. UAP, México, 1983.

- Graff, J. de V. Teoría de la economía del bienestar. Amorrortu, Buenos Aires, 1967.
- Gujarati, Damodar. Econometría básica. McGraw-Hill, México, 1981.
- Hachette-Castell. Diccionario enciclopédico. Castell, España, 1981.
- Hanlon, H. John. Principios de administración sanitaria. La Prensa Médica Mexicana, 3a ed. México, 1973.
- Hemminki y Paakkulainen. "The effect of antibiotics on mortality from infectious diseases in Sweden and Finland", AJPH, 66, 1976. cit. por CO PLAMAR, 1982.
- Hernández L. H. "Historia de la participación del estado en las instituciones de atención médica en México 1935-1980", en: Vida y muerte del mexicano II. Ortiz Q., F. (ed) Folios, México, 1982.
- Hewitt de A., C. "Ensayo sobre la satisfacción de las necesidades básicas del pueblo mexicano entre 1940-1970", Cuadernos del CES, Núm. 21, El Colegio de México, México, 1977.
- Mulshof, Josee. Economía política del sistema de salud. IIE., UNAM, ILET, México, 1981. (mimeo).
- Ilich, Iván. Némesis médica. La expropiación de la salud. Joaquín Mortiz, México, 1978.
- Jores, Arthur. La medicina en la crisis de nuestro tiempo. Siglo XXI, 6a. ed. México, 1981.
- Knox, E.G. "Evaluación de programas de salud pública" en: CONACYT-SSA, 1981. op. cit.
- Kumate y Cañedo. La salud de los mexicanos y la medicina en México. El Colegio Nacional, México, 1977.
- Laguna G., José. Participación en el Seminario de evaluación... ver: SSA, mayo de 1978.
- Lanza, Aquiles. "Principales problemas de la administración gubernamental de salud en América", en: Autores varios, 1983.

- Lasko, A. Keith. Comerciantes del dolor. El productivo fraude de la medicina. Libra, México, 1982.
- Laurell, A.C. "Proceso de trabajo y salud". en: Cuadernos Políticos, Núm. 17, Era, México, 1978.
- Laurell, A.C. "La política de salud en los ochenta". en: Cuadernos Políticos, Núm. 23, Era, México, 1980.
- Laurell y Enríquez. "La política de salud en la crisis económica: 1976-1978". en: Territorios, Núm. 2, mayo-junio de 1980, México.
- López A., Daniel. La salud desigual en México. Siglo XXI, México, 1980.
- López P. Manuel. Participación en el Seminarios de Investigación...CONACYT-SSA, 1981.
- Leroy Miller, R. Microeconomía. MacGraw Hill, México, 1980.
- Mark V., Pauly. Medical care at public expense; a study in applied welfare economic. New York, Praeger Publishers, Inc., 1971.
- Mark V. Pauly. "Is medical care different?" en Federal Trade Commission. Competition in the - - health care sector: past, present and future. Warren Greenverg (ed), Washington, D.C., 1978.
- Mark V., Pauly.(ed) National Health Insurance. What Now, What Later, What Never?. A conference sponsored by The American Interprise Institute for Public Politic Research, Washington, D.C., 1980.
- McKeown, T. y Lowe, C.R. Introducción a la medicina social, Siglo XXI, México, 1981. cit. por COPLAMAR, - - 1982.
- McKinlay, J. y McKinlay, S. "The questionable contribution of medical measures to the declining of mortality in the United States in the twentieth century", en Milbank Memorial Fund Quaterly. Health and Society, 55. 3, 1977. cit. por COPLAMAR, 1982.

- McKinlay, J.B. "Epidemiological and political determinants of social policies regarding the public health", en Soc. Sci. and Med., Vol XIII (A), 1979. cit. por COPLAMAR, 1982.
- Merino, Rolando. "Situación actual y conceptos generales sobre evaluación en salud". en: SSA, 1978.
- Munnell, Alice H. The future of social security (studies in social economics). The brookings institution, Washington, D.C., 1977.
- Newhouse, Joseph. The economics of medical care: A policy perspective. Addison-Wesley Publishing Company, Massachusetts, USA, 1978.
- Núñez Ocampo, L. Análisis de la problemática actual de la salud pública en México. Tesis, FE., UNAM México, 1981.
- Peña M., Jorge. "Administración para el desarrollo de la salud. Búsqueda de alternativas de relevancia". en: Autores varios, 1983.
- Peregrina, Luis. Participación en el Seminario de Investigación... CONACYT-SSA, 1981. op cit.
- Polack, Jean C. La medicina del capital. Fundamentos, Madrid, 1971.
- Quirck, James P. Microeconomía. Antoni Bosch, ed. Barcelona, 1982.
- Rajchenberg S., E. Estado y reproducción de la fuerza de trabajo. Los casos de la seguridad social y la salud en México. Tesis doctoral. FE., UNAM., México, 1982. (fotocopia)
- Reedy, Barry L. E. Teamwork in Primary Health Care: A Conceptus in Primary Care, John Fry ed. William H. Medical Books, Londres, 1980. cit. por Peña, 1983.
- Rodríguez D., J. Participación en el Seminarios de evaluación... en: SSA, 1978.
- Rojas Soriano, R. Capitalismo y enfermedad. Folios ed. México, 1982.
- Romo, Ignacio R. Historia de la medicina, Bruguera, México, 1977.

- Rosenthal, G. D. "Estudios de costo-beneficio". en: Investigación...CONACYT-SSA, 1981.
- Samuelson, Paul. Curso de economía moderna. Aguilar, México, 1975.
- Sanginés García, A. Práctica médica indígena e indigenista. Su historia, el presente y una propuesta. UAM-X. Tesis, Maestría en medicina social, México, 1979.
- San Martín F., H. Salud y enfermedad; ecología humana, medicina preventiva y social. La Prensa Médica Mexicana, 3a. ed. México, 1975.
- Saustelle, J. La vida cotidiana de los aztecas. FCE, México, 1956. cit. por Sanginés, 1979.
- Sigerist, Henry. Civilization and disease. University of Prass, 1943. cit. por Polack, 1974.
- Sonis, A. et al. Medicina sanitaria y administración de la salud. El Ateneo, Buenos Aires, 1976.
- Sosa, Hilda. "Modelos y economía". s.f. (fotocopia)
- Testa, Mario. "Extensión de cobertura en atención médica primaria". en: Autores varios, 1983.
- Williamson W. J. Prognostic Epidemiology: Concept, Process and Product, The John Hopkins School of Hygiene and Public Health, 1968. cit por Peña, 1983.
- Williamson W. J. Assessing and Improving Health Care Outcomes, Ballinger Publishing Company, Cambridge, Massachusetts, 1978. cit. por - - Peña, 1983.
- Zurita Galván, L. Evaluación económica de una inversión en salud. El caso del sarampión. Un análisis beneficio-costo". Tesis, ENE, UNAM, 1974.

#### OTRAS PUBLICACIONES

Informes de Gobierno: López Portillo 2º (1978); 5º (1981) y 6º (1982). Miguel de la Madrid H. 1<sup>er</sup> - - (1983) Y 2º (1984); SPP, México.

- S.P.P. Programa de acción del sector público: 1978-1982. SPP, Dir. Gral. de Programación, México, 1977.
- S.P.P. Plan Global de Desarrollo 1980-1982. SPP, P.E.F., México, 1980.
- S.S.A. Seminario de evaluación en el sector salud. (memoria). SSA, Subsecretaría de planeación, mayo de 1978. (impreso en 1979).
- S.S.A. et al. Marco sectorial de salud, asistencia y seguridad social 1980-1982. México, 1982. (fotocopia)
- S.S.A. et al. Marco sectorial de salud, asistencia y seguridad social 1983-1985. Programa de acción del sector público (PASP) México, 1982.
- C.S.S. Boletín informativo de la Coordinación de los Servicios de Salud (CSS) año 1, Núm. 2, feb.-marzo de 1982.

Excelsior 19 de agosto de 1983 p. 14 sec. B.

Uno más uno, 7 de sep. de 1981.

El Universal, 26 de julio de 1982.

**ANEXO ESTADISTICO**

CUADRO 1: POBLACION ESTIMADA AL 30 DE JUNIO; PIB Y SU TASA DE CRECIMIENTO (T.C.)

POBLACION	PIB*	T.C.
1972	512 300	8.5
1973	56 021 900	8.4
1974	57 898 700	6.1
1975	59 826 700	5.6
1976	61 801 200	4.2
1977	63 821 800	3.4
1978	65 843 900	8.2
1979	67 418 300	9.2
1980	69 346 900	8.3
1981	71 155 200	7.9
1982	73 010 600	-0.5
1983	17 141 694	-5.3

\*) Millones de pesos corrientes de 1970

F U E N T E S: CONAPO. Agenda estadística 1983, S.P.P. México  
Economía Mexicana. Serie temática Núm. 2  
CIDE, 1984. Cuadernos de información oportuna  
del sector salud Núm. 1 (S.F)

CUADRO 2: GASTO EJERCIDO DEL PRESUPUESTO DE EGRESOS EN EL SECTOR SALUD POR INSTITUCION.

(MILLONES DE PESOS)

	S.S.A	DIF	D.D.F	IMSS	ISSSTE	RESTO <sup>(*)</sup>	AP. A SEG. SOC. <sup>(**)</sup>	TOTAL
1966	1 246			4 224	1 852	2 464		9 786
1972	2 543			12 582	5 823	6 432		27 380
1973	3 164			15 005	7 778	7 000		32 947
1974	3 892	415		21 989	12 819	5 649		44 764
1975	5 088	630		28 585	14 823	8 116		57 242
1976	6 237	763		35 271	19 161	15 390		76 822
1977	9 494	1 386	n.d.	40 900	23 003	n.d.		130 760
1978	12 460	1 991		52 422	35 803	3 184		108 530
1979	16 030	2 585	2 797	61 699	40 269	3 722		127 102
1980	19 626	3 706	1 281	81 677	51 206	4 054		161 550
1981	28 468	4 349	1 638	121 432	65 101	5 478		226 466
1982	45 313	6 274	2 103	249 589	101 212	9 864	35 244	414 355

n.d.: NO DISPONIBLE

<sup>(\*)</sup> Incluye PEMEX S.D.N., S.M. de 1973 a 1976 y 1978 incluye D.D.F.

<sup>(\*\*)</sup> Creado a partir de 1982.

F U E N T E S: - De la Madrid Hurtado, Miguel, 1er. informe de gobierno. México 1983 spp.

- Cuadernos de información estadística del sector salud y seguridad social;

SPP, México: Números 1(s/f), 2 (1981) y 3 (1984).

- Manual de estadística básicas sociodemográficas. III Sector Salud y Seg.soc. SPP. México, 1978.

CUADRO 3: DEFUNCIONES TOTALES Y TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD

	DEFUNCIONES (MILES)	TASA
1960	403	11.5
1966	424	9.6
1970	486	10.1
1971	458	8.7
1972	476	8.8
1973	459	8.2
1974	433	7.5
1975	436	7.2
1976	456	7.3
1977	450	7.1
1978	418	6.4
1979	428	6.4
1980	434	6.3
1981	424	5.9

F U E N T E: Mismas del cuadro anterior.

CUADRO 4: PERSONAL MEDICO QUE LABORA EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL (\*)

1970	36 326
1971	36 836
1972	46 003
1973	42 900
1974	45 322
1975	47 041 (**)
1976	46 094
1977	49 362
1978	61 784
1979	70 455
1980	67 848
1981	73 824

\*) Incluye a todas las instituciones del sector, inclusive las particulares.

\*\*) En 1975 y de 1978 a 1981 se completan los datos, suponiendo constante el último dato existente de la(s) institución(es) carente(s) de dato(s).

F U E N T E: Estadísticas básicas sociodemográficas III. salud y seguridad social, SPP, México 1978.

Cuadernos de información oportuna del sector salud y seguridad social Números 2 y 3 SPP, México. La población - - de México, su ocupación y niveles de bienestar. SPP.

CUADRO 5: POBLACION DERECHAHABIENTE DE LA SEGURIDAD SOCIAL

ANO	ISSS	ISSSTE	RESTO (2)	Σ	POBLACION A CUBRIR POR ASIST. SOC.	POBLACION TOTAL
1960					34,162,447	34,923,129
1965	6,815,685	1,029,654	721,172	8,566,511	42,728,958	44,166,666
1966	7,175,360	947,884	935,603	9,058,847	44,166,666	45,836,565
1967	7,611,395	1,162,796	1,018,019	9,792,210	47,401,893	48,020,734
1968	8,186,716	1,191,388	906,036	10,284,140	48,020,734	50,694,590
1969	9,076,408	1,327,114	1,078,884	11,482,406	52,418,212	54,195,259
1970	9,895,629	1,347,470	1,127,358	12,370,457	56,021,900	57,898,700
1971	10,676,747	1,584,792	1,390,074	13,651,613	59,826,700	61,801,200
1972	11,603,579	1,873,747	1,303,431	14,780,757	63,821,800	65,848,900
1973	12,550,702	2,088,824	1,307,563	16,057,089	67,418,300	69,346,900
1974	14,778,046	2,905,486	1,537,995	19,221,527	71,155,200	73,010,600
1975	14,778,046	3,448,568	1,619,852	20,846,466	73,010,600	75,810,600
1976	15,815,646	3,918,514	1,688,949	22,239,005	75,810,600	78,610,600
1977	17,377,633	4,367,166	1,691,602	23,436,401	78,610,600	81,410,600
1978	19,789,239	4,994,742	1,601,000	26,384,981	81,410,600	84,210,600
1979	20,988,000	4,879,226(1)	1,650,000	27,517,226	84,210,600	87,010,600
1980	24,125,307	4,985,108	1,132,148(3)	30,242,563	87,010,600	89,810,600
1981	26,915,951	5,319,402	1,266,193(3)	33,501,546	89,810,600	92,610,600
1982	26,884,938	5,037,791	1,286,717(3)	33,209,446	92,610,600	95,410,600
1983	26,102,114(E)	5,237,206	1,286,717(4)	32,626,037	95,410,600	98,210,600

(1) La población derechohabiente bajó por el ajuste de los sistemas estadísticos del instituto

(2) Incluye SDN, SM, FIMEX, FF.CC.

(3) No incluye FFCC.

(4) Suponemos la misma cantidad

(E) Cifra estimada

FUENTES: 1er. Informe de Gob.NDLM-H. CONAPO, Agenda Estadística 1983. Manual de Estadísticas básicas sociodemográficas, sector salud y seguridad social. Cuadernos de información oportuna Nos. 1, 2 y 3.