

Modernización de los servicios de salud. El caso del IMSS

Raúl E. Molina Salazar¹

Este artículo hace una revisión del desarrollo de la seguridad social y en particular de algunos aspectos del desarrollo y situación actual del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ante el surgimiento de las políticas neoliberales.

Las políticas de ajuste neoliberal o modernización han reducido significativamente el tamaño del Estado, y en este proceso se redujo sensiblemente el gasto social. A todas las instituciones públicas de salud se les redujo fuertemente su presupuesto real, y en el caso del IMSS se afectó significativamente sus funciones sustantivas: el área médica y la de pensiones. Así, para el IMSS la baja real de sus recursos limitó la prestación y la calidad de sus servicios, pues no se dispuso de los recursos humanos o materiales para satisfacer una necesidad creciente de servicios.

El debilitamiento a que se ha sujetado al IMSS ha minado sus servicios e imagen, lo que es contrastante con las experiencias internacionales en donde se está luchando por el fortalecimiento de las instituciones de salud públicas, a través de esquemas para elevar la productividad y eficiencia. La participación del Estado en los servicios de salud en todos los países industrializados se mantiene muy elevada con excepción de Estados Unidos. Los servicios de salud privados son una alternativa costosa y que refuerza la inequidad, lo cual puede profundizar la polarización social.

La seguridad social es un producto de la presión social para corregir los desajustes a que dio origen la acumulación de capital. En los países industrializados se concibió a la seguridad social como una medida para proporcionar estabilidad a los ingresos y protección a la salud de todos sus ciudadanos a lo largo de su vida. En el contexto latinoamericano, el desarrollo de la seguridad social se ha dado sobre otras bases; las prestaciones de la seguridad social se otorgan de una manera segmentada y privilegiada en apoyo a la mano de obra sindicalizada. Sin embargo, en Latinoamérica la excepción la constituye los servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social, pues con base en este modelo se ha logrado

una cobertura universal a toda la población, sobre un esquema de atención público, aun en medio de la crisis económica que azola a la región.

El IMSS desde su fundación trató de ser una opción para la protección de los trabajadores del país, pero a pesar de su enorme crecimiento no pudo ofrecer una alternativa a toda la sociedad, antes bien, su funcionamiento ha contribuido a la polarización social. La crisis económica actual agravó su situación al mermar sus fuentes de ingreso en condiciones de una demanda creciente, tanto para recibir atención médica como para cubrir las prestaciones sociales. Por esta razón el

¹Profesor Titular. Departamento de Economía, Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa

IMSS es objeto de un gran debate público en torno a su misión y a su funcionamiento.

Una parte importante de las críticas se orientan al hecho de que el IMSS se ha venido manejando más con un criterio de equidad y bienestar social al margen de consideraciones de eficiencia. Ante esta situación se discute la posibilidad de su privatización, y por ende la de todos los servicios de salud proporcionados por el Estado, asumiendo *a priori* que la privatización podría implicar una mayor eficiencia.

Dentro de la modernización se asume que la eficiencia está ligada a la naturaleza de la propiedad privada o estatal de las empresas. Sin embargo, en el sector salud, la evidencia internacional es concluyente al mostrar la superioridad de los servicios de salud con financiamiento público (países europeos) respecto del sistema privado (Estados Unidos); los servicios de salud en Estados Unidos son una evidencia palpable de ineficiencia e inequidad. En Latinoamérica se tiene el caso de Costa Rica antes mencionado.

En el presente ensayo se muestra el debilitamiento al que se ha sometido al IMSS en la última década. Al margen de consideraciones financieras respecto a un mejor uso de las reservas técnicas para los fondos de las prestaciones no económicas y de la optimización de los recursos destinados a los servicios médicos, se estima que la función del IMSS se debería fortalecer para ampliar su esquema de seguridad a toda la población del país, y no sólo a un segmento de la misma.

Mercado y seguridad social

A finales del siglo XIX, la acumulación de capital en las condiciones de *laissez faire* dio lugar a la concentración económica, así como a la acentuación de las desigualdades sociales. El papel del Estado se reducía a mantener las condiciones para la reproducción del capital. En este contexto surgen los primeros esquemas de seguridad social en la Alemania de Bismark, como un intento de atenuar los problemas a que daba lugar el proceso de acumulación capitalista.

El periodo de entreguerras representa una de las épocas de mayor inestabilidad social y de problemas en el funcionamiento de la economía de mercado. La gran depresión de 1929 da lugar al fortalecimiento del nacionalismo y el surgimiento del fascismo. La política económica de Keynes contribuye a eliminar la profundidad de los ciclos económicos. Asimismo, el desarrollo de la política social, del Estado

benefactor, contribuyen a compensar las desigualdades de la sociedad; así, se sacan del mercado las políticas sociales referentes a educación, salud y vivienda. El Plan de Seguridad de Beveridge en Inglaterra² es un buen ejemplo de la socialización de las necesidades básicas. El plan proponía garantizar la estabilidad de ingresos a lo largo de la vida de un ciudadano inglés, dentro de un esquema de seguridad social que proporcionara un mínimo de bienestar a toda la población y no sólo a los que tuvieran una relación laboral definida. El plan se integraba con base en tres elementos: a) prestaciones económicas monetarias; b) prestaciones a menores de edad; y c) atención médica integral a todos los ciudadanos. Al final de la Segunda Guerra Mundial se consolidó en todos los países industrializados algún sistema de seguridad social con una cobertura universal. Posteriormente, en Japón se llega a incluir la estabilidad de por vida en el empleo.

La crisis económica mundial que se inicia a mediados de los años setenta da lugar al surgimiento del neoliberalismo y con éste se presenta el combate a las teorías del Estado benefactor; para los años ochenta se consolida la política neoliberal con el advenimiento de Reagan en Estados Unidos y Margaret Thatcher en Inglaterra. El neoliberalismo restringe todas las funciones del Estado, y devuelve a las fuerzas del mercado las funciones de acumulación y legitimación, a este proceso de privatización se le denomina también de modernización. Esta modernización se contrapone a lo actualmente establecido, y ha demostrado ya su inequidad a finales del siglo pasado, pero ahora se vuelve a tomar como a la panacea en busca de la eficiencia.³ La política neoliberal se orienta hacia el control de la inflación y el abatimiento del déficit fiscal, a la vez que se propone reencauzar el crecimiento económico. Por un lado, se realiza la venta o transferencia de las empresas del sector público al sector privado; se intenta regresar las prestaciones sociales al libre juego del mercado, al juzgar *a priori* que el mercado es un proveedor más eficiente y equitativo que el Estado. Sin embargo, este planteamiento ignora el hecho de que una dotación desigual de ingresos significará un acceso diferenciado a las prestaciones sociales o hasta la exclusión total de algunos grupos sociales.

A finales de los años ochenta, se presenta una inquietud generalizada por el elevado costo y el funcionamiento deficiente de los servicios de salud para los países industrializados, lo que da pie a una agenda para su reforma. Por un lado, en Estados Unidos se cuestiona severamente la inequidad e ineficiencia con que operan los servicios de salud, pues a pesar de que se destinó en 1992 13.6% del PNB a la atención a la salud, se estima que cerca de 30 millones de ciudadanos

² Beveridge, William, *Las bases de la seguridad social*, FCE e INSP, 1987, México, 1a ed. en inglés 1943.

³ Alonso, Jorge. "Introducción. Cuestionar al Estado", en: *El nuevo Estado mexicano*. I. Estado y Economía, Nueva Imagen, México, 1992.

estadounidenses no tuvieron acceso a los servicios básicos de salud.⁴ En Estados Unidos, la reforma se orienta hacia la regulación del mercado con una fórmula que permita el acceso universal a los servicios, a la vez que una política de contención de costos. El tema de la cobertura y de la eficiencia del sistema de salud fueron una parte muy importante de la plataforma política con que Bill Clinton llegó a la presidencia y, constituye, uno de los puntos centrales en la agenda de su gobierno actual. Para otros países industrializados, las reformas se centran en la búsqueda de una mayor eficiencia pero sin abandonar el financiamiento y provisión pública de los servicios, tal es el caso de Inglaterra en donde se crean los "mercados internos", en éstos se emplean los incrementos del mercado para orientar la asignación de recursos y promover los servicios de salud pero se mantiene el papel del sector público como regulador del mercado.

Para los países no industrializados que cuentan con el 85% de la población mundial, el problema del financiamiento, bajas coberturas e ineficiencia de los servicios de salud constituyen un severo desafío a vencer. Las reformas de los sistemas de salud en estos países retoman los planteamientos hechos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) a través de la UNESCO, la OMS y la UNICEF, así como de otras instituciones de asistencia social y de las organizaciones de consumidores, acerca de la necesidad de aumentar el gasto social debido a las grandes desigualdades a que da lugar el funcionamiento del mercado. Los organismos financieros como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) también están reorientando sus políticas para aumentar la inversión social con el propósito de reducir la brecha social, además de que se considera que la satisfacción de las necesidades básicas (alimentación, educación, salud y vivienda) constituyen un prerrequisito para la acumulación. En 1990 el Banco Mundial propuso una serie de políticas para reducir la pobreza y la marginalidad social.⁵ El reporte anual de 1993 está dedicado al análisis del sistema de salud, así como al diseño de políticas para ampliar la cobertura y el mejoramiento de la eficiencia de los servicios.⁶ Por ejemplo, en este documento el Banco Mundial recomienda el uso de un cuadro básico de medicamentos como estrategia para ahorrar en la compra de medicamentos, estrategia fuertemente impulsada por la OMS con su Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales, y que el IMSS emplea con gran éxito desde principios de la década de los años sesenta.⁷

Auge y crisis de la economía mexicana

La consolidación del México moderno se realiza al final de los años treinta con la institucionalización política y del sistema financiero, el reparto agrario y la nacionalización del petróleo. En el marco de la estabilidad política, el inicio de la Segunda Guerra Mundial constituye el catalizador de la industrialización del país vía el abastecimiento a los países aliados; las exportaciones llegaron a representar el 25% del PIB durante la Segunda Guerra Mundial.⁸ Producto de las reivindicaciones sociales plasmadas en la Constitución de 1917, con el desarrollo de la industrialización también se da inicio al programa de seguridad social con la fundación del IMSS en 1943.⁹

Al final de la Segunda Guerra Mundial, el modelo de crecimiento del país se orienta hacia la sustitución de importaciones con el apoyo de una política proteccionista con base en elevados aranceles, así como en la instrumentación de barreras no arancelarias. Con este modelo se dio lugar a una larga etapa de crecimiento con bajas tasas inflacionarias, basadas en la expansión del mercado interno y con una decisiva intervención gubernamental. En este periodo, se consolida y expande la seguridad social para los trabajadores cubriendo así a la mitad de la población del país. En 1959 se crea el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

El modelo de sustitución de importaciones llegó a su agotamiento y dio lugar a una profunda recesión económica en los años ochenta. La crisis económica se caracteriza por un elevado nivel de endeudamiento, desequilibrio en la balanza de pagos, caída en el tipo de cambio, inflación acelerada y baja del producto interno. Esta crisis marcó la ruptura de un modelo de crecimiento en donde el sector público desempeñaba un papel central en la producción directa de bienes y servicios, en la regulación de la economía, así como en la provisión de satisfactores esenciales.

La puesta en marcha de un modelo alternativo a partir de 1982 basado en el enfoque neoliberal, se fundamenta en la reducción de la intervención gubernamental, saneamiento de las finanzas públicas, la reestructuración económica vía el proceso de privatización y la apertura externa.

⁴ Vogel, David E. "Innovative experiences in the health care system of the USA: current situation and future perspectives". Presentado en el Seminario sobre Innovaciones de los sistemas de salud: una perspectiva internacional, realizado en la ciudad de México, marzo 10-12, 1993, (Mimeo).

⁵ World Bank. World Development Report 1990. Poverty. New York, USA, Oxford University Press, 1990.

⁶ World Bank. World Development Report 1993. New York, USA, Oxford University Press, 1993.

⁷ Molina Salazar, Raúl E. "Sobrepeso de los medicamentos en México. El caso del cuadro básico". En: *Memorias I Conferencia Latinoamericana sobre políticas farmacéuticas y medicamentos esenciales*, México, OMS y Secretaría de Salud, México 10-14 de octubre 1988.

⁸ Meyer, Lorenzo. "La encrucijada", *Historia General de México*. Tomo 2. México, El Colegio de México & HARLA, 1988.

⁹ Ley del Seguro Social. Promulgada el 19 de enero de 1943.

Las políticas de ajuste reorientaron el gasto público con el objetivo de cubrir el servicio de la deuda, con lo que el denominado gasto programable o realmente disponible se redujo sensiblemente; el servicio de la deuda (intereses y amortizaciones) se elevó a lo largo de los años ochenta, llegó a representar el 64% del gasto público en 1987, y sólo hasta 1989 se presenta una contracción significativa en el servicio de la misma. El crecimiento desmesurado de la deuda pública limita la disponibilidad de fondos para el gasto general. Con la disminución real del gasto público se afectó a todo el gasto social, en especial el de educación y salud.

Por último, la apertura de la economía mexicana se ha dado de una forma acelerada, de 1983 a 1990 el valor de las importaciones sujetas a permisos se redujo en 80%, el arancel promedio ponderado también se redujo en este periodo de 16.4% a 10.4%, y el número de tasas también se redujo, de 16 tasas arancelarias que se aplicaban en 1982 se simplificaron a tan sólo cinco tasas para 1990 (0, 5, 10, 15 y la máxima de 20%).¹⁰ La apertura externa representa un reto especial para la economía mexicana, ya que después de más de cuarenta años de disfrutar de un mercado cerrado con elevadas ganancias, la comercialización interna de productos se realiza en medio de una aguda competencia.

La privatización de las empresas estatales se ha dado con el propósito de adelgazar al estado mexicano para modernizarlo y con el fin de eliminar obstáculos al funcionamiento del mercado para permitir que éste sea el regulador de la producción y de la armonía social. La privatización ha sido un proceso muy largo que en principio se concentró en el adelgazamiento del gobierno federal y que posteriormente se amplió a la desincorporación de empresas paraestatales. Para 1983 se tenían registradas 1 155 empresas estatales y para 1992 ya sólo restaban 221; el monto de las ventas de las empresas paraestatales asciende a más de 20 mil millones de dólares.¹¹ En los últimos cinco años se ha privatizado la mayoría de las empresas gubernamentales, entre las más importantes se cuentan: Teléfonos de México, Aeroméxico, Mexicana de Aviación, Fertilizantes Mexicanos y

recientemente los principales medios de comunicación del Estado, entre ellos Imevisión. Y en el caso de Petróleos Mexicanos, la reestructuración a que se ha sujetado esta empresa paraestatal, ha tenido la finalidad de permitir la privatización de algunas áreas anteriormente reservadas al Estado mexicano.

En especial con el Plan de Estabilización y Crecimiento Económico (PECE) se logra la estabilización de los precios internos, se reducen los pagos de la deuda y se abre la economía al exterior, aun cuando el crecimiento económico de las décadas anteriores todavía no se recupera.¹²

Modernización del Estado y el sector salud. El caso del IMSS

Condiciones de salud en México

Las condiciones de salud de la población han mejorado sustancialmente si se atiende al mejoramiento de las tasas de mortalidad global, mortalidad infantil, mortalidad materna o de la esperanza de vida al nacer a lo largo de la cuatro últimas décadas,¹³ aún en la época de crisis estos indicadores de salud siguieron mejorando. Asimismo, se puede observar una incidencia decreciente de las enfermedades prevenibles o infecciosas en el mismo periodo. A la par, se ha presentado la constante elevación de las tasas de mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas, y por accidentes, envenenamientos y violencia.

Sin embargo, surge un cuestionamiento serio a los servicios de salud en el país cuando se les sujeta a una comparación internacional, y se observa que países con un menor nivel de desarrollo gozan de mejores indicadores de salud:¹⁴ menores tasas de mortalidad infantil y materna, una mayor esperanza de vida al nacer, así como una menor incidencia de enfermedades infecciosas y prevenibles. La estimación de la tasa de mortalidad excesiva (*excess mortality ratio*) muestra que en el país ocurren tres veces más defunciones evitables que en Costa Rica.¹⁵ De la misma forma, el nivel de cobertura

¹⁰ Centro de Servicios al Comercio Exterior. *Resumen. Tratado de Libre Comercio de América del Norte*. Elaborado por los Gobiernos de los Estados Unidos Mexicanos, Canadá y los Estados Unidos de Norteamérica. México, Secofi-Bancomext, 1992.

¹¹ Secretaría de Hacienda y Crédito Público. *Informe sobre la desincorporación de las empresas públicas*. México, Unidad de desincorporación de empresas públicas, SHCP, 1992.

¹² El crecimiento promedio del PIB *per cápita* en la década anterior registro tasas entre el 2 % al 3 % anual. En la llamada década perdida, el crecimiento promedio del PIB ha sido negativo en el primer lustro y cercano a la unidad en los últimos dos años. Estimaciones propias con base en Informes Presidenciales.

¹³ Narro R., José. "La atención a la salud en la seguridad social mexicana", en *La seguridad social y el estado moderno*. México, FCE, IMSS e ISSSTE, 1992.

¹⁴ Molina Salazar, Raúl E. y Colabs. "Desarrollo económico y nivel de salud", *Salud Pública de México*, vol. 33, núm 3, mayo-junio, 1991, pp. 227-234. El caso de Costa Rica es un ejemplo claro de un país con menor PIB que alcanza una cobertura cercana al 100%. Asimismo, véase a Almada Bay, Ignacio. "La crisis y la salud", *México ante la crisis. El impacto social y cultural. Las alternativas*. México, Siglo XXI, 1991.

¹⁵ Kozuo, Uemura. "Excess mortality ratio with reference to the lowest age-sex-specific death rates among countries", *WHSQ*, 42, 1989, pp. 26-41.

real de los servicios permanece muy bajo. Las medidas de la OMS como de Coplamar y recientemente por el Comité Técnico de Instrumentación del Plan para el Sector Salud (COTEIP)¹⁶ apuntan a que cerca de una tercera parte de la población no tiene acceso a servicios adecuados de salud.¹⁷ Una investigación reciente realizada en el Estado de México mostró una discrepancia muy marcada entre la cobertura declarada y la cobertura real de los servicios que presta la Secretaría de Salud.¹⁸ La mayor parte de la población que carece de recursos se asienta en el medio rural o en las zonas marginadas en el medio urbano. Al margen de consideraciones técnicas respecto a las bondades de una buena estimación de la cobertura, es indudable que el Estado no ha asignado los suficientes recursos para aumentar los servicios de acuerdo con las necesidades de la población.

El dilema de la modernización es cómo cubrir el rezago en la cobertura de los servicios de salud, a la vez que mejorar la eficiencia de sus servicios dentro de una política de restricción de las actividades del Estado. Un primer paso es la modificación del modelo de atención curativo hacia un modelo con énfasis en la prevención. Este cambio debe ir acompañado de una asignación real de recursos, pues a pesar de todos los planteamientos en el sentido de cambiar al modelo de atención, los servicios de salud en México continúan destinando más de las cuatro quintas partes de sus recursos hacia los servicios curativos.¹⁹

La política de modernización del Estado mexicano en el sector salud pareciera orientarse por la Agenda del Banco Mundial para el Sector Salud de 1987, en la cual se persigue imponer los mecanismos de mercado en las acciones del sector, las cuales se resumen en los siguientes cuatro puntos básicos:²⁰ a) imponer cuotas de recuperación a todos los usuarios; b) estimular el uso de los seguros de salud; c) estimular a instituciones no gubernamentales para el desarrollo de programas especiales

(curativos); y d) descentralización de los servicios de salud gubernamentales. Al respecto se tiene que, en primer lugar, el Estado ha fijado las cuotas de recuperación a nivel nacional para los servicios a población abierta pero esta política dista mucho de representar una vía importante de financiamiento, y si no se monitorea constantemente puede dificultar el acceso de la población de bajos recursos a los servicios que ofrece la Secretaría de Salud. En segundo lugar, el Estado ha promovido la descentralización, aun cuando ésta no se ha concluido por la ausencia de un sistema nacional de salud que integre todas las acciones de salud, así como por la resistencia que han mantenido tanto las instituciones de seguridad social como de los gobiernos locales. Finalmente, en tercer lugar, se ha observado el incremento de los seguros privados de salud, a la par que se ha debilitado a las instituciones de salud pública, en especial a las instituciones de seguridad social.²¹ En las mismas instituciones públicas se están contratando seguros privados para la cobertura de riesgos mayores (adicionalmente a la cobertura de la seguridad social) con los mismos fondos públicos que se negaron a las instituciones ya consolidadas del IMSS e ISSSTE. Una práctica similar se presenta en las empresas privadas, en donde se ofrece un seguro adicional privado para la cobertura de riesgos mayores al personal de confianza.

Gasto público y salud

En la etapa final del modelo de sustitución de importaciones, la intervención del Estado en la economía aumentó para apoyar la acumulación del capital y al denominado gasto social. A lo largo de la década de los setenta se presenta uno de los mayores incrementos en el gasto público y social.²²

La crisis de principios de la década de los ochenta da la pauta para la reestructuración de la economía dentro de un enfoque neoliberal. A partir de 1983, se inicia un proceso de reversión de la participación directa del Estado en la economía.

¹⁶ Citado por Raúl Ayala y Carlos Schaffer. "Salud y seguridad social. Crisis, ajuste y grupos vulnerables". Cuernavaca, México, INSP, *Serie Perspectivas en Salud Pública* Núm 12, 1991. El Comité Técnico de Instrumentación del Plan para el Sector Salud se integró por representantes de todas las instituciones del sector salud, así como de la SECOGEF, SHCP y SPP.

¹⁷ Molina Salazar, Raúl E. *et al*, *op cit*.

¹⁸ Nájera Aguilar, Patricia *et al*. "Cobertura potencial y cobertura real de servicios ambulatorios de salud en el Estado de México. El caso de tres comunidades marginadas", *Salud Pública de México*, julio-agosto 1990, vol. 32, núm 4, pp. 430-439. En esta investigación se estima que sólo una tercera parte de la población adscrita a los servicios de salud de la Secretaría de Salud hace uso de los mismos.

¹⁹ Vásquez Córdoba, Sergio *et al*. "Notas sobre la estructura y evolución del presupuesto programático ejercido por las instituciones que conforman al sector salud. 1980 y 1987", *Salud Problema*, núm 15, UAM-X, pp. 37-46.

²⁰ World Bank. *Financing health services in developing countries. An agenda for reform*. Washington, USA, World Bank, 1987.

²¹ Laurell Assa, Cristina. *La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud*. México, Fundación Friederich Ebert. Documentos de Trabajo, núm 36.

²² Menéndez L., Eduardo. "Achiquemos el Estado mientras la muerte está", en: *El nuevo estado mexicano*. IV. Estado y sociedad. México, Nueva Imagen, 1992.

El gasto público muestra una severa contracción, en donde sólo crece el componente de los intereses y de la amortización de la deuda pública (interna y externa) en claro detrimento del gasto social. El gasto público total como porcentaje del PIB muestra una evolución ascendente hasta 1987 y a partir de ese año empieza una tendencia claramente descendente, tanto por la baja en el monto de los intereses por la reestructuración de la deuda como por el descenso de la misma, así como por la creciente desincorporación de empresas estatales. El descenso del gasto público total a precios de 1980, en términos absolutos, fue del 35% en el periodo de tres años que va de 1988 a 1991. Por lo contrario, el gasto público ajustado (sin incluir el monto de los intereses de la deuda pública), se contrae significativamente a partir de 1982, tendencia que se acentúa entre 1988 a 1991 en donde se presenta una caída del 67% en términos reales. Este descenso es producto tanto del progresivo adelgazamiento del gasto público como por la privatización de las empresas estatales (Gráfica 1).

El análisis del gasto muestra claramente el proceso irreversible del adelgazamiento del Estado. Así, el gasto público *per cápita* muestra una fase ascendente hasta 1988, y posteriormente presenta una fase descendente, de tal forma que para 1991 es inferior al de 1980. Por el contrario, el gasto social y de salud, en esos mismos términos, muestran una tendencia descendente hasta 1987, y a partir de 1988 se da inicio a un claro proceso de recuperación, especialmente en el gasto de salud. El gasto social y el de salud crecen en términos reales al 39% y 52%, respectivamente para el periodo comprendido entre 1987 y 1991 (Gráfica 2).

Para el sector salud, al igual que las otras áreas de la economía y la sociedad, la disminución del gasto público real tuvo una seria repercusión que afectó a la prestación de los servicios en general. La reducción en el presupuesto o desfinanciamiento de las instituciones de seguridad social y de la Secretaría de Salud significó una disminución en el número de trabajadores y en su salario real, una caída en el gasto real destinado a la compra de medicamentos y materiales, una merma en los presupuestos de los programas especiales como el del paludismo y otras enfermedades. Debido a que la inversión sectorial se contrajo a un mínimo, la ampliación de los servicios se postergó indefinidamente.²³

Modernización en salud: el Instituto Mexicano del Seguro Social

El incipiente desarrollo industrial del país da lugar al surgimiento de los programas de seguridad social de protección al trabajador. En México se inicia el impulso de la seguridad social con el establecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social para los trabajadores en 1943. Posteriormente este esquema de seguridad social se amplía a los trabajadores del Estado, y para algunos grupos específicos pero nunca se extiende hacia toda la sociedad. A diferencia de la conceptualización del Plan de Seguridad inglés, las coberturas del IMSS e ISSSTE siempre han sido restringidas y nunca han pretendido ofrecer una cobertura universal con lo cual se ha contribuido a la segmentación de la sociedad mexicana. Así, por un lado se tiene a la población con un empleo estable adscrita a un sistema de seguridad social público o privado; este segmento de la población tiene acceso a un sistema medicalizado de atención a la salud, así como derecho a prestaciones económicas (en 1992 el 58% de la población total estaba incorporada al IMSS o al ISSSTE). Por el otro lado, se tiene que cerca de una tercera parte de la población total labora en empleos de baja productividad en el campo y en servicios informales; este segmento de la población que no está adscrito a un régimen de seguridad social, no tiene derecho a ninguna prestación económica, y sólo tiene acceso a un número limitado de servicios médicos a través de la Secretaría de Salud, IMSS-Solidaridad o de instituciones de asistencia no gubernamentales.

La presencia del IMSS en el país como uno de los pilares de los servicios de salud con que cuenta la población trabajadora es un hecho fuera de discusión. El IMSS tiene establecimientos en todos los estados del país y en el 63% de los municipios de la república.²⁴ Para 1991, la población derechohabiente se estimaba en 39 millones a los que habría que agregar otros 11 millones bajo los servicios coordinados del IMSS-Solidaridad, a los cuales los servicios privados no prestan atención alguna por no ser sujetos rentables. Al margen de otras consideraciones se debe dejar establecido que el IMSS ha desempeñado un papel fundamental en el desarrollo científico tecnológico en el área médica del país, función a la que los establecimientos privados de salud privados han relegado. Asimismo, el IMSS ha jugado un papel

²³ Menéndez L., Eduardo. *Op cit.* En este trabajo se argumenta que la resurgencia del paludismo, de la enfermedad de Chagas y del sarampión son un reflejo tanto de la crisis económica como del desfinanciamiento sectorial que impidió el control adecuado de estas enfermedades.

²⁴ Narro R., José. *Op cit.*

de liderazgo en la implantación de los Cuadros Básicos de Medicamentos e Insumos para la Salud.

La situación actual del IMSS ha llevado a una elevación marginal de las cuotas,²⁵ lo que dio pie a un gran debate público, y de nueva cuenta han surgido las voces que proponen la privatización de los servicios que presta el IMSS. A continuación se hace un análisis general acerca de los ingresos y egresos de dicha institución, así como de las condiciones de operación de sus servicios médicos.²⁶

Por un lado, la severa crisis económica ha debilitado sus fuentes de ingresos, al disminuir la masa salarial y al reducirse a su mínima expresión la participación gubernamental. Los ingresos salariales como una proporción del ingreso disponible a nivel nacional se estimaban como en 41% en 1980, y para 1990 se habían reducido hasta 28%,²⁷ lo cual se refleja directamente en las finanzas del IMSS. Las cuotas obrero-patronales, con base en una participación del salario, constituyen la principal fuente de aportación (90%), y en la década pasada descendieron continuamente afectando los ingresos del instituto en términos reales, y sólo al final de la década se presenta una recuperación, la cual no ha sido suficiente para alcanzar los niveles que tenía su aportación en 1980. De una forma similar, las aportaciones gubernamentales (5%) se deterioraron a lo largo de todo el periodo, y para 1991 no representaban ni la mitad de las aportaciones de 1980. La partida de otros ingresos también constituye una mínima parte de los ingresos globales, y al igual que las otras cuentas no se recuperó en este periodo. En resumen, el ingreso real del IMSS sufrió una severa retracción a la par que la caída de los salarios, la cual se agravó por la aguda pérdida de los ingresos gubernamentales (Gráfica 3).

Por otro lado, se tiene una elevación constante de sus gastos, producto tanto del modelo curativo de atención vigente en el IMSS como de la presión hacia el alza de las prestaciones económicas. Las principales partidas de los egresos en 1991 están constituidas por las prestaciones en especie (50%), prestaciones económicas (25%) y el gasto de administración (18%); el resto lo constituyen otros egresos (7%), en la cual se integran los intereses actuariales, pérdidas, etcétera. En las prestaciones en especie se incluyen los gastos de la atención médica, en las prestaciones económicas

se incluye principalmente a las pensiones y en los gastos administrativos a todas las erogaciones referentes a la administración de la institución.

La disminución real de recursos se presenta tanto para los gastos corrientes como para los de capital. Los gastos corrientes, en términos *per cápita*, disminuyen durante la década de los ochenta y sólo muestran una recuperación a principios de la presente década. Pero en el caso de los gastos de capital la recuperación nunca se presenta, a pesar de la fuerte caída de este rubro, y aún actualmente se encuentra a un nivel 50% menor que el que tenía en 1980 (Gráfica 4). Tanto la caída de los gastos corrientes (menos médicos, menos camas, menos medicamentos), como de los gastos de capital (falta de reposición y adquisición de equipo e instrumental) ha limitado el funcionamiento normal de la institución, así como la calidad de la prestación de los mismos (Gráfica 4).

El análisis de los egresos, en términos *per cápita*, destinados a cubrir todas las prestaciones mostraron una tendencia decreciente a lo largo de la década de los ochenta, con una importante recuperación de las prestaciones económicas y de los gastos administrativos al final del periodo, y un poco menor en el caso de las prestaciones en especie-médicas. El incremento de las prestaciones económicas se debió a la actualización de las pensiones. Lo que si es sorprendente es la continua alza de los gastos administrativos, a pesar de que estos se encuentran en un nivel muy elevado a estándares internacionales (Gráfica 5).

En el caso de las prestaciones médicas, a pesar de la importancia estratégica de este servicio para la misión del IMSS, le fueron retirados recursos reales a lo largo de toda la década pasada. La severa política de contención de gastos que se ha presentado en el área médica, ha afectado la capacidad de operación de los servicios que presta la institución. Los gastos en los servicios médicos muestran una tendencia descendente a lo largo del periodo, al igual que las otras prestaciones, sin embargo, su caída fue más abrupta que en los otros casos, y su recuperación también ha sido más lenta. A pesar de enfrentar una demanda efectiva creciente, pues la población derechohabiente creció en términos absolutos 60% de 1980 a 1992, el número de médicos en contacto con el paciente no lo hizo de la misma forma, por lo que la relación

²⁵ Véase en *Nexos*, agosto, 1993. Inserción pagada del IMSS respecto al nivel de las cuotas de recuperación. Asimismo, en los diferentes diarios de circulación local y nacional se ha venido polemizando acerca de los servicios que presta el IMSS.

²⁶ El análisis cuantitativo se realiza con base en la construcción de números índices, con los cuales se evita el manejo de cifras en términos absolutos. Además la construcción de estos índices se realizó en términos relativos.

²⁷ Estimaciones propias con base en: INEGI. Cuentas Nacionales. México, INEGI, Varias publicaciones.

médico-población derechohabiente muestra una fuerte caída durante dicho periodo. El índice de la relación enfermeras-población derechohabiente se mantiene con algunas leves oscilaciones a lo largo de todo el periodo. Por el contrario, el índice de los paramédicos muestra una tendencia creciente en este lapso (Gráfica 6).

De una manera similar al descenso en la disponibilidad de médicos en la institución, la disponibilidad de recursos físicos se ve reducida en la década pasada. El índice de los recursos físicos por población derechohabiente muestra una fuerte caída a lo largo de todo el periodo, en especial el índice de camas por población derechohabiente el cual se reduce 36% entre el periodo de 1980 a 1992. El número de quirófanos y de unidades médicas (consulta y hospitalarias) muestran también una relación descendente, aunque menor a la de las camas (Gráfica 7).

A pesar de la carencia de recursos físicos y financieros, se siguió afrontando una demanda creciente de consultas y hospitalización (egresos) a la par con el crecimiento poblacional. La prestación de servicios con menos recursos de toda índole, sin duda alguna mermó la eficacia y la calidad de las acciones médicas que se prestan en la institución; asimismo, han dado origen a las largas colas de espera tanto para los servicios ambulatorios como los de hospitalización. La relación de consultas por población derechohabiente se mantuvo a lo largo del periodo con ligeras oscilaciones. Sin embargo, el número de egresos hospitalarios muestra un crecimiento constante, para 1992 se estima un crecimiento de egresos *per cápita* del 24% respecto de 1980.²⁸ La prestación de estos servicios requirió un aumento de estudios de análisis clínicos, los cuales crecieron en un 51% entre 1990 y 1992, mientras que los estudios de radiodiagnóstico se incrementaron de una manera similar a la del número de egresos (Gráfica 8).

Conclusiones

La acumulación de capital dio lugar a fuertes problemas sociales, a los cuales se trató de enfrentar vía los esquemas de

seguridad social. En los países europeos, la seguridad social busca garantizar la estabilidad de los ingresos a lo largo de la vida, así como proporcionar una protección a los problemas de salud de todos los ciudadanos. Sin embargo, en el contexto latinoamericano, y específicamente en el caso de México, la seguridad social se ha presentado como una alternativa de seguridad para sólo una parte de la población. El IMSS ha sido la base de la estabilidad de los ingresos y de la conservación de los niveles de salud de los trabajadores adscritos a la misma, así como el ISSSTE lo ha sido para los trabajadores del Estado, sin embargo, se encuentra al margen de estos servicios una tercera parte de la población.

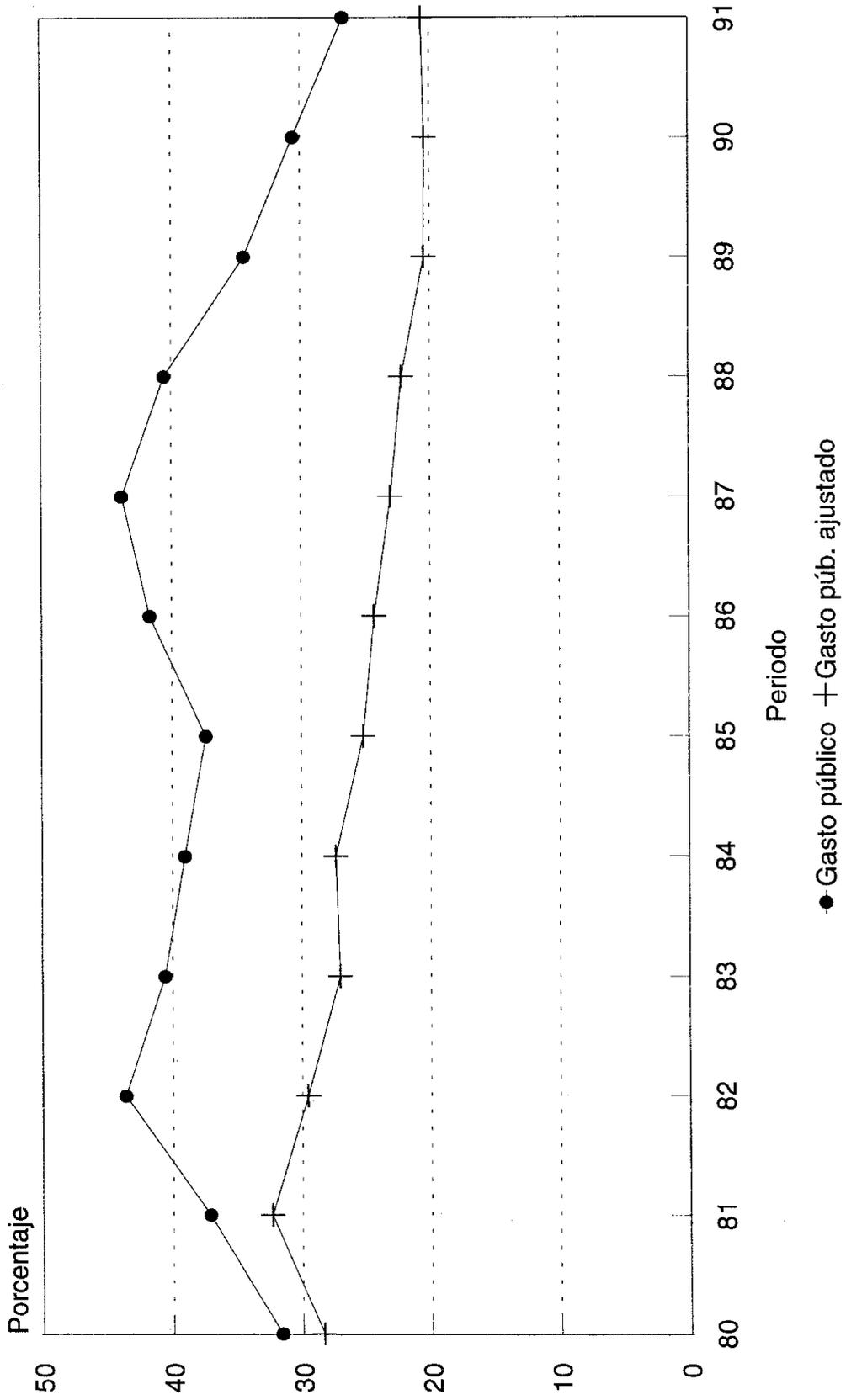
Las políticas de ajuste o modernización disminuyó significativamente el tamaño del Estado, y en este proceso se redujo sensiblemente el gasto social. Se debilitó fuertemente el presupuesto real de todas las instituciones públicas de salud; en el caso del IMSS se afectó significativamente las funciones sustantivas como son el área médica y las pensiones. Este fenómeno se dio a la par que se impulsó por el mismo Estado, la prestación de seguros médicos privados para la cobertura de riesgos mayores, utilizando los mismos fondos públicos. Así, para el IMSS la baja real de sus recursos limitó la prestación y la calidad de sus servicios, pues no dispuso de los recursos humanos o materiales para satisfacer una necesidad creciente de servicios. La falta de insumos y el surgimiento de grandes colas para la prestación de los servicios son una señal de las limitaciones financieras por las que atravieza la institución.

El debilitamiento a que se le ha sujetado al IMSS ha minado sus servicios e imagen, lo que es contrastante con las experiencias internacionales en donde se está luchando por el fortalecimiento de las instituciones públicas de salud, a través de esquemas para elevar su productividad y eficiencia. La participación del Estado en los servicios de salud en todos los países industrializados es muy elevada²⁹ con la excepción de Estados Unidos, tendencia que seguramente se corregirá en la administración de Bill Clinton. La alternativa de los servicios privados con el modelo de servicios de salud estadounidenses es muy costosa y refuerza la inequidad.

²⁸ El crecimiento en el número de egresos ha sido posible por el descenso en el promedio de días-estancia, en buena medida atribuibles a los avances en la tecnología que han permitido modificar la práctica médica.

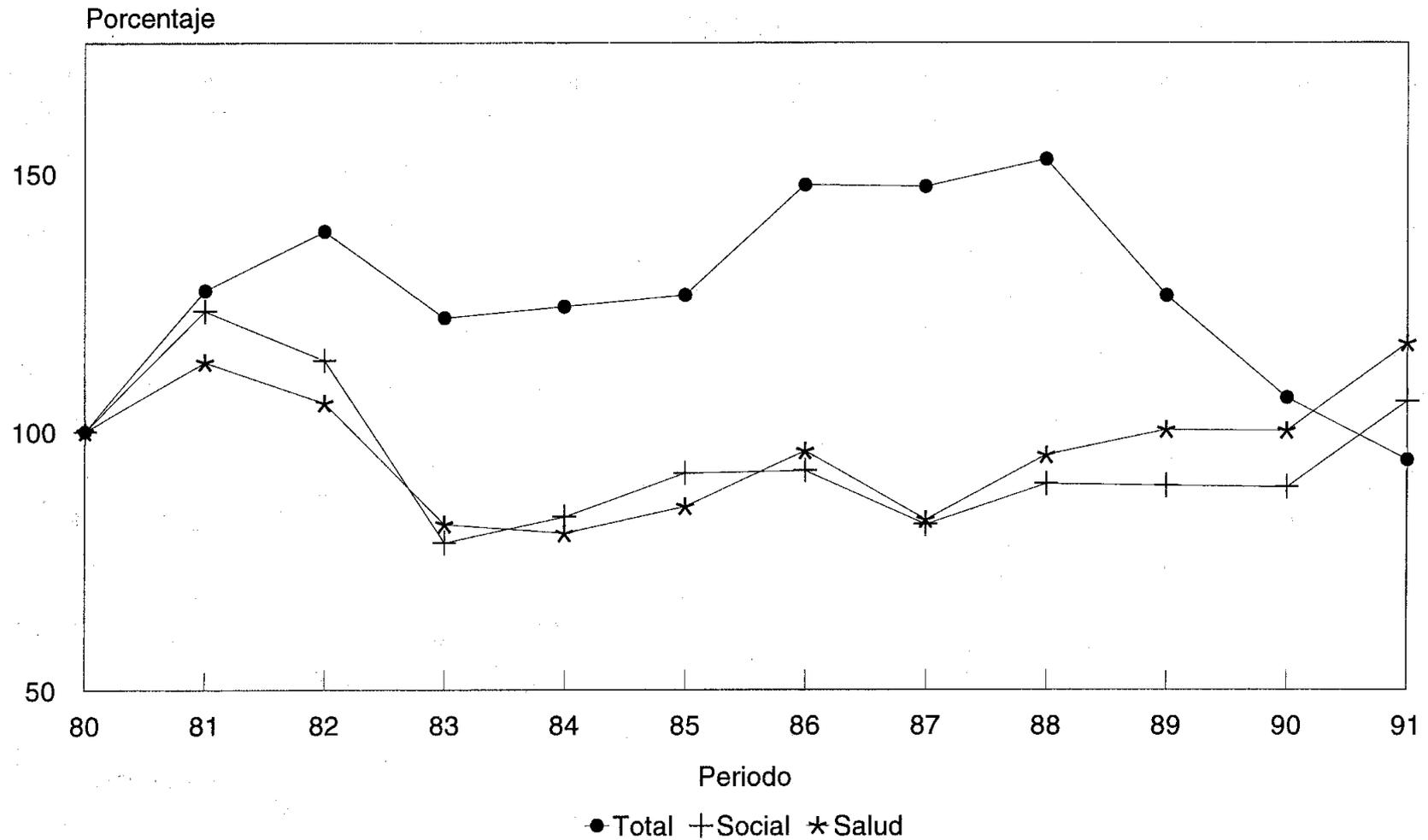
²⁹ World Bank. *Op cit*, 1993.

1. Gasto público como porcentaje del PIB Gasto Público total y ajustado (Pesos constantes 80 = 100)



Informes Presidenciales. Varios números.
El gasto ajustado excluye el servicio de la deuda.

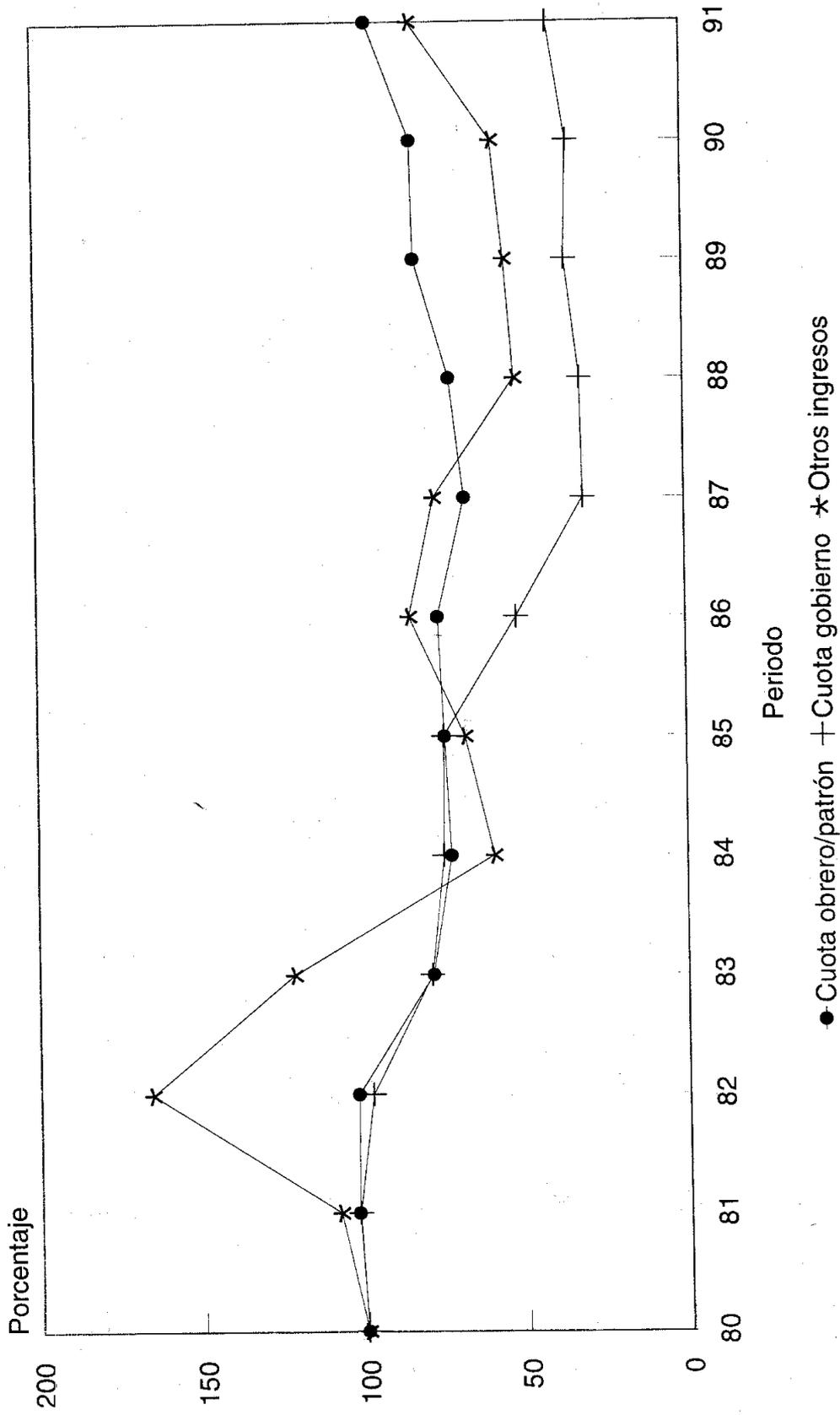
2. Índice del gasto público *per capita* Gasto total, social y de salud 1980 - 1991



14

Informes Presidenciales. Varios Números

3. Fuente de los ingresos IMSS: 80 - 91 Ingresos per capita. Índice porcentual

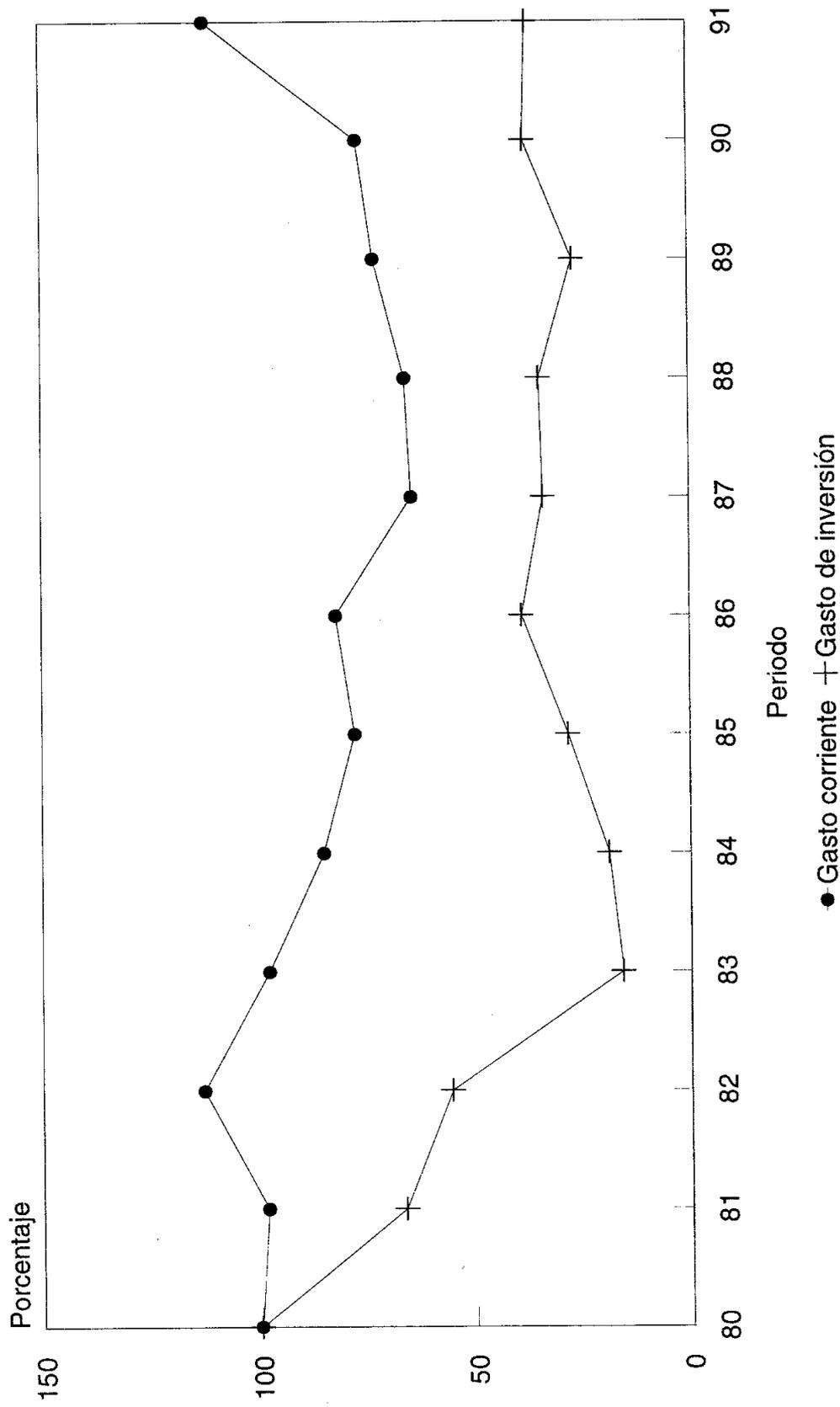


Informe anual IMSS. Varios periodos

4. Gasto corriente e inversión del IMSS

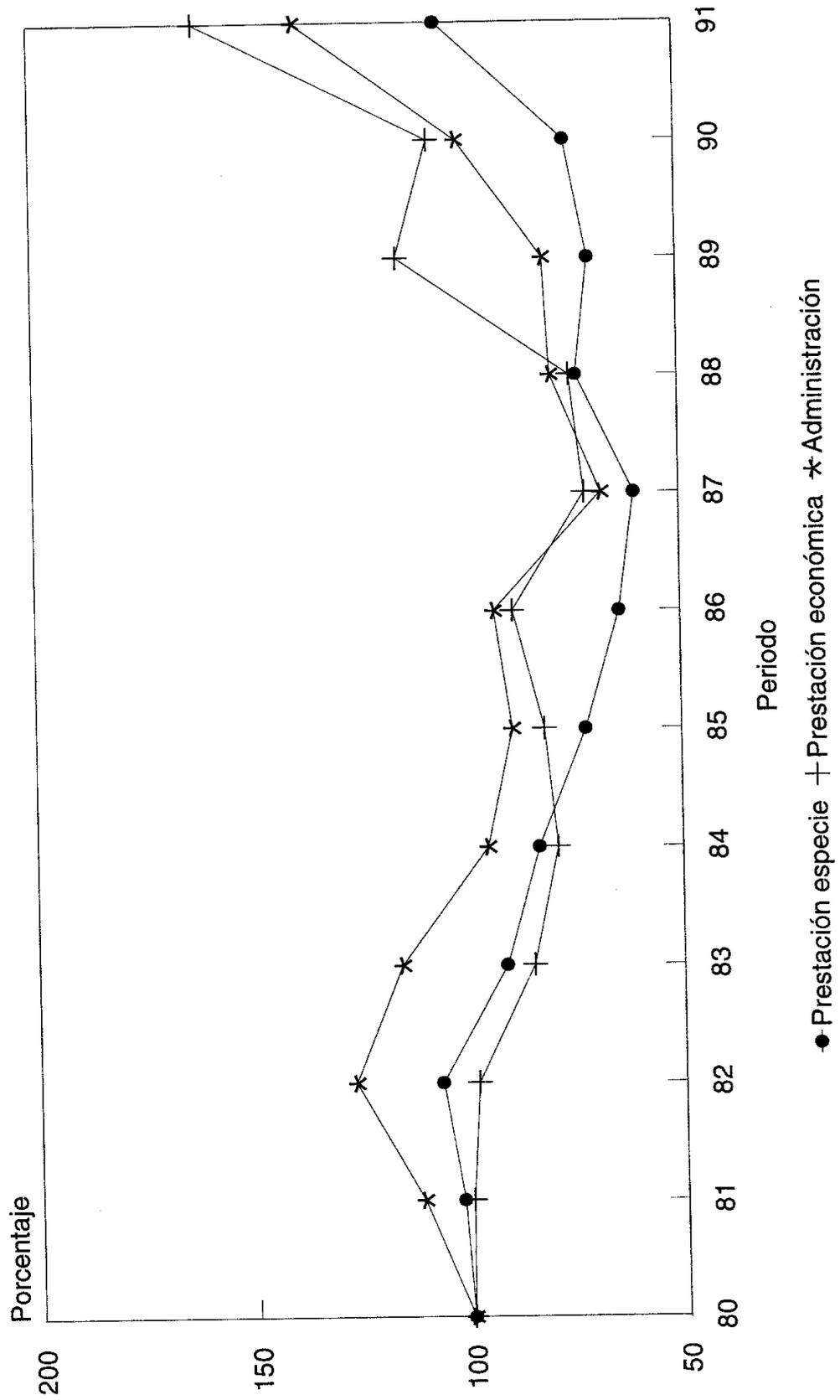
En términos *per capita*: 1980 - 1991

Índice porcentual



Informe Anual IMSS. Varios Periodos
Se excluye el rubro de otros gastos.

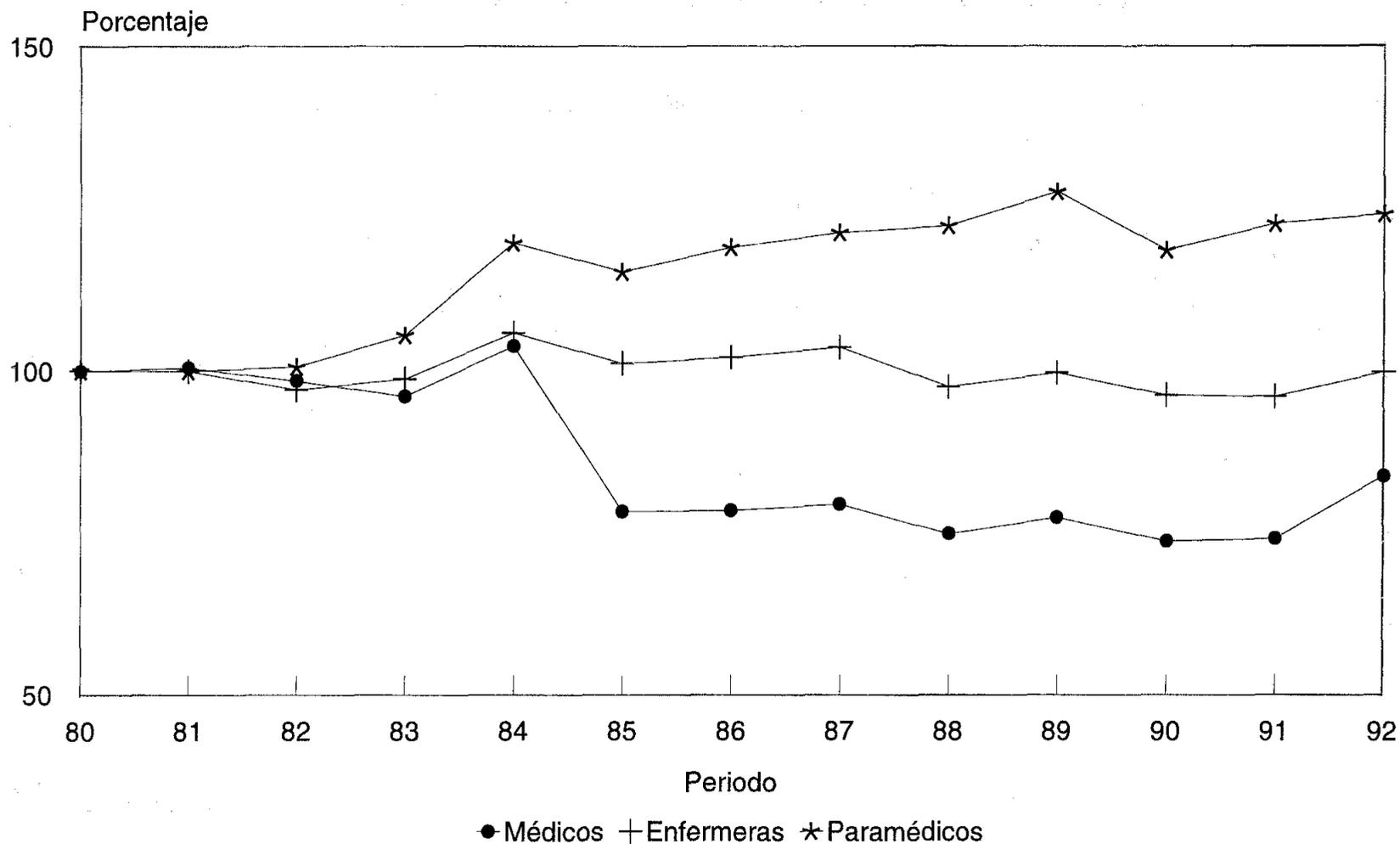
5. Destino de los egresos en el IMSS: 1980 - 1991



● Prestación económica + Prestación económica * Administración
 Informe anual IMSS. Varios periodos.
 Se excluye el rubro de otros gastos

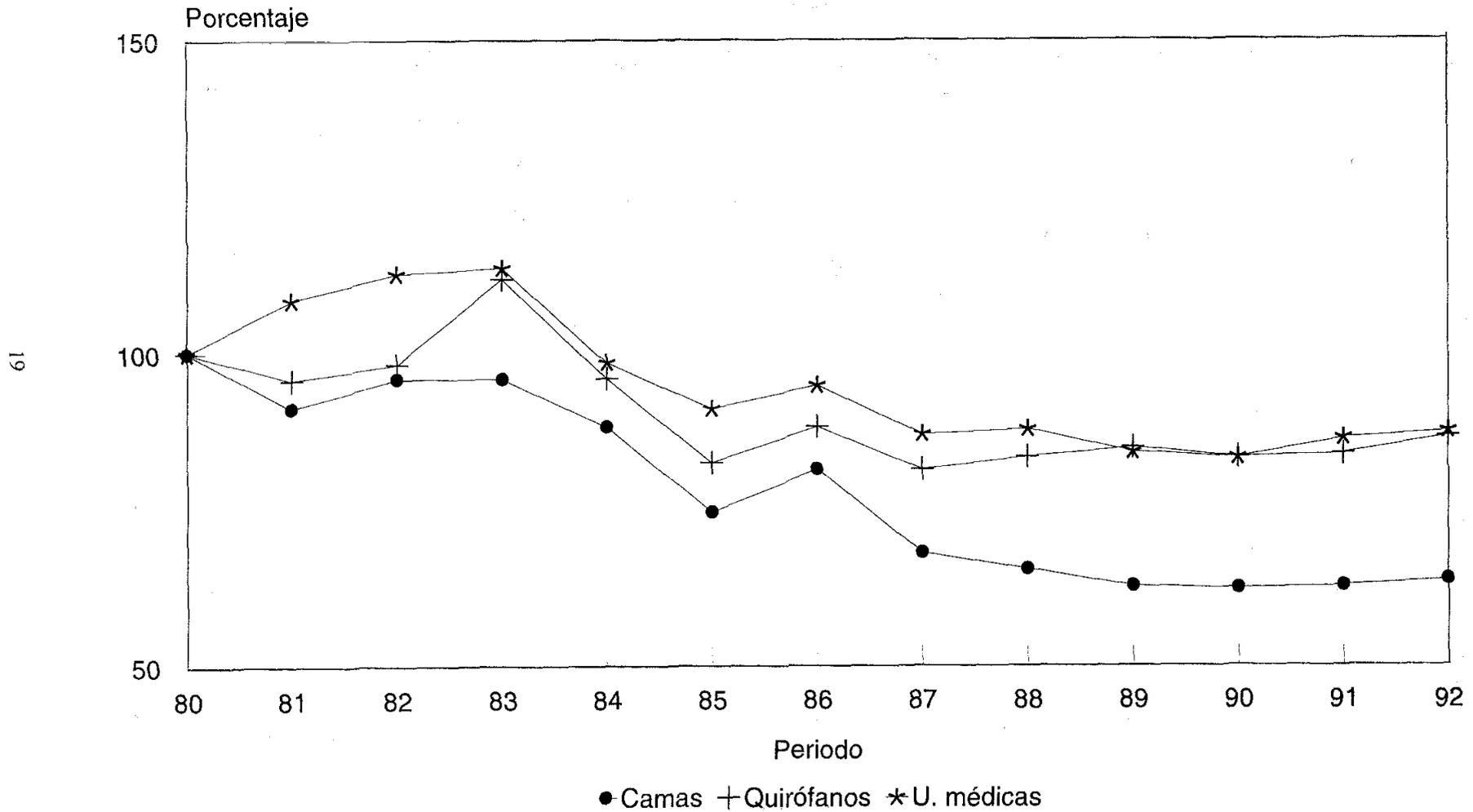
6. Recursos humanos en el IMSS: 80 - 92

(Recursos/población derechohabiente)
Índice porcentual



Informe Anual IMSS. Varios Periodos

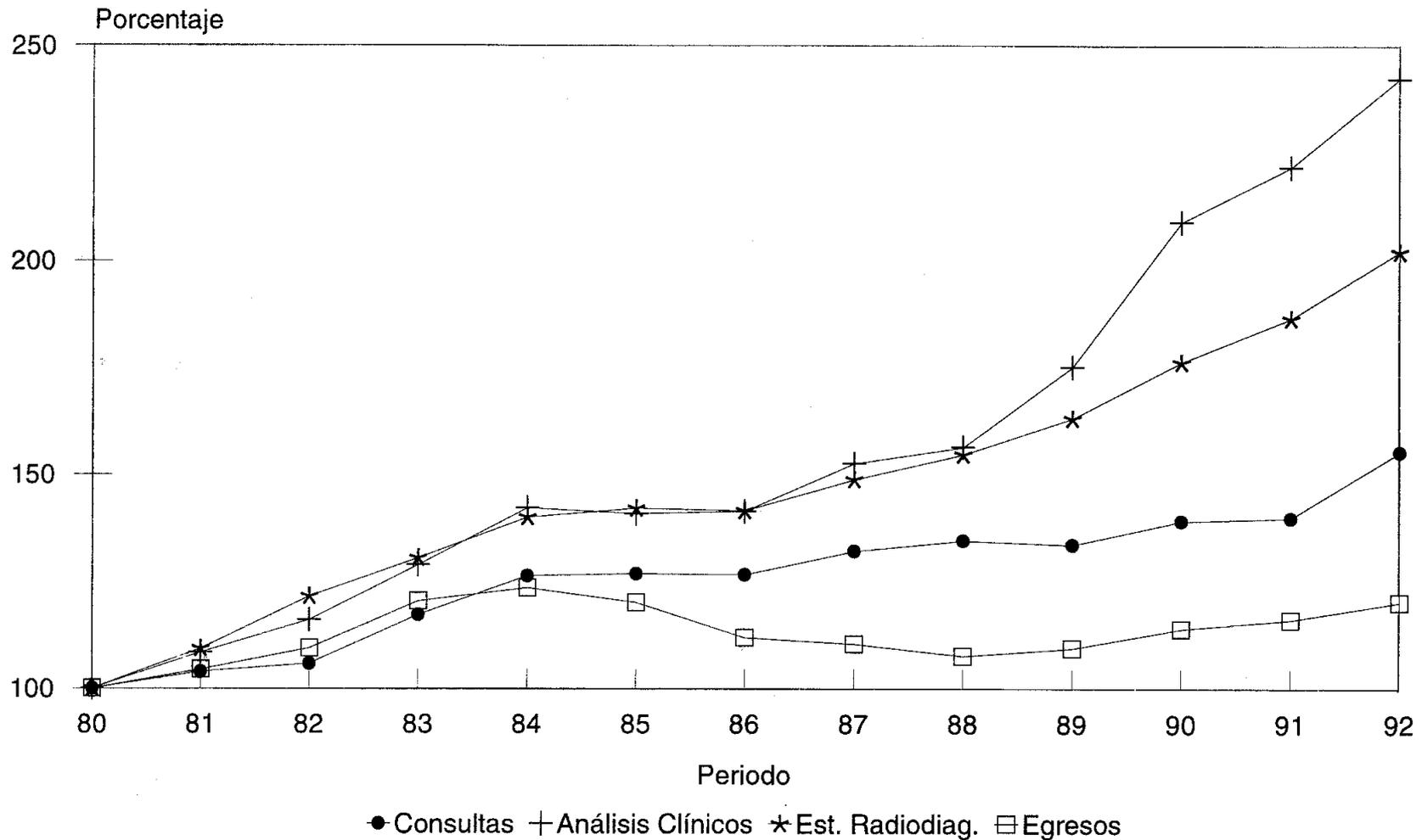
7. Recursos físicos en el IMSS: 80 - 92 (Recursos/población derechohabiente) Índice porcentual



Informe Anual IMSS. Varios Periodos

8. Servicios médicos en el IMSS: 80 - 92

Consultas, Anal. Clínicos, E. Radiodiag. Egresos



Informe anual IMSS. Varios periodos