El Banco Mundial en la reforma de los servicios médicos del IMSS

Asa Cristina Laurell

RESUMEN

Este artículo revisa críticamente la propuesta del Banco Mundial para reformar los servicios de salud del IMSS cuya instrumentación es la condición para conceder a México un préstamo. Aunque esta propuesta no difiere en términos generales de la del Programa de Reforma del Sector Salud, elaborado por el gobierno federal, tiene como principal objetivo reducir costos a fin de no desequilibrar las finanzas públicas y mercantilizar plenamente el sistema de salud de seguridad social. Este esquema tiene implicaciones adversas para los derechohabientes y desvirtúa los principios del IMSS como institución pública, solidaria y redistributiva.

Palabras clave: reforma de seguridad social, Banco Mundial, contención de costos, mercantilización, México.

Fecha de recepción: febrero de 1998
Fecha de aprobación: mayo de 1998

ABSTRACT

This paper carries out a critical review of the World Bank proposal to reform IMSS's health services which is the Bank's condition to concede a major loan to Mexico. Although the Bank proposal does not differ much from the one proposed by the federal government, it stresses as the main objectives to contain costs and to introduce market mechanism for resource allocation. This model has adverse implications for the insured and cancels the basic principles of Mexican social security i.e. its public, solidarian and redistributive character.

Key words: social security reform, World Bank, cost containment, commodification, Mexico.

Maestría en Medicina Social, DAS, DCBS, UAM-Xochimilco

En abril de 1998 la ciudadanía conoció casualmente por una "filtración", que el gobierno mexicano estaba a punto de firmar un préstamo de 700 millones de dólares con el Banco Mundial (BM), condicionado a la instrumentación de una profunda reorganización corporativa del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Este hecho reabre el debate sobre la reforma de la seguridad social y demuestra nuevamente la negativa de las autoridades a informar detalladamente al público e, incluso, a los legisladores, sobre su proyecto en este ámbito.

Resulta particularmente notable que el director del IMSS haya desmentido que el documento del Banco, intitulado *Mexico: Health System Reform* (World Bank, 1998), se relaciona con este préstamo ya que especifica detalladamente los cambios a cumplir para el desembolso de sus tres tramos. Es más, existe como antecedente un documento-resumen de la reunión entre el gobierno mexicano, el BM y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) realizada a mediados de 1995, o sea, antes de hacerse pública la nueva ley del Seguro Social. En éste consta que el gobierno tenía diseñada una reforma de los servicios de salud del IMSS que significaba pasar de la cuota proporcional al salario a la cuota uniforme, promover la reversión de cuotas e introducir el Seguro de Salud para la Familia. Se señala además que el objetivo final de esta reforma es "... que las instituciones públicas de seguro social financien los servicios pero no los presten" (World Bank, 1995).

Aunque el BM y el BID, en principio, estaban de acuerdo con estos planteamientos, les preocupaba que el costo fiscal de la reforma fuera muy alto. Asimismo reclamaron que el gobierno no hubiera tomado en cuenta todos los elementos del estudio *Salud para todos los mexicanos*, realizado por un comité conjunto de la SSA, SHCP, Cedess y Funsalud y apoyado por estos bancos, y del documento *Economía y Salud*, producido por Funsalud (1995) bajo la dirección de Julio Frenk. Por estas razones el BM y el BID ofrecieron proporcionar asistencia técnica (ESW) al IMSS para modificar su propuesta con vistas a concretar un préstamo para la reforma de los servicios médicos en 1998. No parece entonces una casualidad que en 1997 existía ya una oficina del BM en las instalaciones del IMSS y que en julio de 1998 el gobierno firmó el préstamo con este organismo.

El hecho de que las decisiones estratégicas sobre las políticas públicas se tomen por el Ejecutivo Federal sin la intervención del poder legislativo, constituye un serio déficit democrático en México. Esta situación se agrava todavía más por el ocultamiento sistemático del contenido real de

estas políticas y el despliegue de campañas propagandísticas que confunden al público y acallan las críticas. El manejo de la contra reforma del IMSS es un ejemplo contundente de este problema. De esta manera, todas las advertencias sobre el sentido privatizador y antisolidario de la nueva ley del Seguro Social, negadas en su momento por el gobierno, se están cumpliendo (Laurell, 1995).

Después del establecimiento del nuevo sistema de pensiones altamente provechoso para los grupos financieros, dueños de las afores y de las compañías aseguradoras, y perjudicial para los trabajadores (Laurell, 1997), presenciaremos durante los próximos años un proceso de mercantilización-privatización de los servicios médicos del IMSS que llevará a su desarticulación. Esta predicción se desprende del documento *Mexico: Health System Reform*, que es el borrador confidencial y en inglés del convenio entre el gobierno mexicano y el BM para la contratación del préstamo arriba mencionado.

Este documento establece explícitamente que el desembolso del préstamo en tres entregas, entre 1998 y 2000, está condicionado a la instrumentación de la reforma delineada en su texto. Se exigen, además, transformaciones irreversibles antes del cambio de gobierno en el año 2000 en previsión de una oposición importante al proyecto. Es, pues, incontrovertible que se trata de lineamientos de observancia obligatoria, so pena la cancelación del crédito. Sin embargo, sería erróneo suponer que existan discrepancias mayores entre el Banco y el actual gobierno federal sobre el contenido de esta reforma apegada a la ortodoxia neoliberal.

Los antecedentes del proyecto están, así, en la propuesta de reforma de salud del Banco, *Invertir en salud* (Banco Mundial, 1993), y en el programa sectorial del Plan Nacional de Desarrollo, el *Programa de Reforma del Sector Salud* (Poder Ejecutivo Federal, 1996) hecho público en marzo de 1996. A diferencia de estos textos el documento-convenio detalla y concreta la reforma específica del IMSS que se pretende extender al conjunto de las instituciones de seguridad social en el mediano plazo.

Los dos objetivos básicos que se persiguen son contener costos para no desequilibrar las finanzas públicas e introducir la lógica de mercado para la asignación de los recursos de salud, primero dentro del IMSS y, una vez fortalecido el sector privado, como principio general del sistema de salud. En el documento-convenio se exponen de esta manera los pasos del tránsito de un sistema público y solidario a otro plenamente mercantil e individualizado.

El nuevo modelo

La reorganización de los servicios de salud del IMSS parte de la separación de las funciones de normatización, financiamiento y prestación, hasta ahora todas en manos del Instituto. En adelante, la administración central de éste sólo recaudará las cuotas y normará las actividades de otras instancias.

Las cuotas o primas de los seguros de Enfermedad General y Maternidad (SEM) y de Salud para la Familia (SSF) recabadas por el IMSS serán trasferidas a un organismo autónomo, el Fondo Solidario de Salud (FSS), que tendrá dos funciones básicas: fijar y mantener el "techo financiero" y pagar al administrador de la salud. Lo primero significa establecer el gasto máximo permitido y cuidar que no sea rebasado. Es decir, el FSS tiene la facultad de establecer el monto a gastar por derechohabiente. Debe, además, amortiguar las fluctuaciones en los ingresos del IMSS, acumulando reservas cuando hay ingresos por arriba del techo financiero para garantizar el pago cuando bajan los ingresos, por ejemplo, a causa de fluctuaciones en el número de afiliados como resultado de una recesión, o suben los egresos, por ejemplo, a raíz de un aumento en la inflación.

La segunda función del FSS es transferir recursos financieros con el método de "capitación" (pago por afiliado) a los administradores de salud, públicos y privados, y eventualmente compensar sus gastos extraordinarios. Para que el FSS pueda mantener este funcionamiento es necesario definir qué servicios serán cubiertos por el SEM y el SSF, el llamado Paquete Comprensivo de Servicios de Salud y su costo. Dado que este Paquete excluye una serie de servicios se recomienda establecer un seguro voluntario adicional para cubrirlos; seguro que puede ser contratado con el IMSS o con una compañía de seguros privada.

La responsabilidad de organizar la atención a la población asegurada, prestando directamente los servicios o subrogándolos, correspondería a las Organizaciones Administradoras de Servicios de Salud (OAS). Para ello, reciben recursos financieros del FSS, cuyo monto se determina sobre la base del número y tipo de sus afiliados. Las OAS, copiadas de las llamadas HMOs (*Health Maintenance Organizations*) estadounidenses, se caracterizan por ser empresas económicamente autosuficientes que compiten entre ellas por los "clientes". En un inicio estas "empresas" son las 135 Zonas Médicas (ZM) del IMSS, que prestarán servicios del primer y segundo nivel y contratarán servicios especializados con los 41 Hospitales de Especialidad del IMSS, también concebidas como empresas autosuficientes. Sin embargo, se impulsarán

activamente las OAS privadas y algunas deben de estar funcionando en el mercado antes del año 2000. Las OAS privadas competirán en igualdad de condiciones por los afiliados y tendrán el mismo derecho de recibir fondos del FSS y contratar servicios con los hospitales de especialidad. Se transitará así, rápidamente, de la fase de "mercados internos" a la de mercado libre, donde los asegurados se afiliarán a la OAS de su elección.

Las OAS, sean éstas las ZMs del IMSS o las privadas, tendrán autonomía administrativa para hacer más eficiente su operación y abatir costos. Las únicas reglas que las regirán son la obligación de proporcionar los servicios incluidos en el Paquete y cumplir algunas normas de calidad. En el caso de las ZMs, esto significaría que puedan prestar los servicios directamente o subrogarlos, parcial o totalmente, a terceros; hacer reajustes de personal, cambios de su adscripción o introducir estímulos de productividad, etcétera. La condición de sobrevivencia de las OAS, en cuanto empresas económicamente autosostenidas, es atraer afiliados y no sobrepasar el techo presupuestal. El documento se ocupa poco de las ganancias de las OAS y obvia discutir qué uso tendrán los posibles "excedentes" de las ZM. Tampoco resulta claro de dónde provendrán los recursos para la construcción y equipamiento para resarcir el conocido déficit de infraestructura del IMSS, ya que para ello el llamado Fondo Innovativo de Inversión es insuficiente.

Una reforma regresiva del Estado

El tránsito del actual sistema al modelo mercantil tiene una serie de implicaciones que deben ser discutidas amplia e informadamente porque afectan a una de las principales instituciones de bienestar del país. La transformación de éste concierne a toda la sociedad y las decisiones sobre su futuro no deben quedar en manos de los actuales integrantes de sus órganos internos de gobierno. Esto resulta particularmente importante porque es falso que se trate de una reforma técnico-pragmática e ideológicamente neutra, diseñada para resolver problemas de funcionamiento del IMSS, como sostienen sus defensores.

Estamos, por el contrario, ante una reforma regresiva del Estado, que desvirtúa la esencia de la seguridad social mexicana, pública, solidaria, redistributiva y tendencialmente universal. De esta manera, lleva al IMSS a su virtual desmantelamiento y a la desarticulación de su sindicato, restringe los servicios proporcionados e introduce un pago adicional para alcanzar la cobertura completa, incrementa el gasto fiscal en salud, manteniendo y acentuando la inequidad en el acceso a servicios de calidad y promueve la industria privada de la salud.

Estas afirmaciones se desprenden de los elementos básicos de la reforma, expuestos arriba, y de la experiencia internacional documentada en la literatura especializada.

Implicaciones del modelo para los derechohabientes

Contrario a lo que se sostiene, los primeros perjudicados por la reforma son los actuales y futuros afiliados al IMSS por varias razones: *a)* la definición del Paquete Comprensivo de Servicios de Salud, correspondiente a la cuota única, restringe el acceso a los servicios requeridos por el derechohabiente y elimina, por tanto, el acceso en función de la necesidad que hasta hoy ha sido un principio básico del IMSS. *b)* la exclusión de servicios obliga a introducir un seguro adicional para cubrirlos y, con ello, se condiciona el tipo de acceso a la capacidad económica de los asegurados, hecho insólito en el Instituto y violatorio del principio de solidaridad.

Cabe subrayar en este contexto, que la base de cálculo del presupuesto capitado es muy baja, ya que se pretende usar el gasto del IMSS de 1996, que fue insuficiente, tal como se desprende del acelerado deterioro de los servicios, documentado por múltiples vías. De esta manera, se tendrá desde el inicio un presupuesto bajo per cápita, que probablemente se mantendrá al constituir la piedra angular de la contención de costos, objetivo prioritario del BM.

La fijación de un techo presupuestal rígido y el pago capitado a las Organizaciones Administradoras de Servicios de Salud (OAS) pueden, asimismo, provocar problemas serios reconocidos en la literatura: se ahorran recursos a costa de la atención adecuada y necesaria del paciente (*Working Group on Managed Competition*, 1994); se cobra un cargo extra para dar la atención requerida (Cohn y Elías, 1996); o se reduce paulatinamente el contenido de servicios del Paquete porque no se ajusta a la prima. Una lectura cuidadosa del documento-convenio revela, incluso, que los dos últimos problemas están contemplados, ya que se menciona la posibilidad de introducir un copago, o sea, un cargo al contado al usar los servicios, y se insiste en que se defina el Paquete en términos de su costo y no de su contenido de servicios.

En el documento-convenio se prevé, además, instrumentar técnicas de control de costos a partir de los llamados Grupos de Diagnósticos Relacionados (GDR) que permitan normar y costear los procedimientos médicos. Son un instrumento gerencial desarrollado dentro del marco de la llamada "competencia administrada" y extensamente usado por los HMOs para incentivar el ahorro de recursos, lo que tiende a hacerse a costa del tratamiento integral del paciente o excluyendo pacientes de "alto costo" (Salmon, 1990).

Otra supuesta ventaja para los afiliados, la libre elección de su Zona Médica (ZM) o una OAS privada, es en la realidad muy limitada. Este derecho sólo se puede ejercer donde están concentradas geográficamente varias ZM o OAS, o sea, en las grandes ciudades o en regiones económicamente prósperas con altos índices de aseguramiento. Es más, la competencia sobre la base de una alta demanda efectiva tiende a perjudicar a las regiones pobres y escasamente pobladas porque se cierran instalaciones por incosteables (Diderichsen, 1995); problema que la actual distribución de recursos del IMSS ha sorteado con relativo éxito (Laurell y Ruíz, 1996). Por otra parte, tal como están concebidos los convenios de reversión de cuotas, la elección de la opción privada no es una decisión individual, sino de la empresa, con el consentimiento del sindicato. Adicionalmente, se pretende restringir esta opción como parte de la estrategia de contención de costos al 10 por ciento de los asegurados.

En este contexto, es de reconocer que hay un intento real por evitar que las OAS maximicen sus ganancias quedándose con la población sana y rechazando a la población de alto riesgo mediante el pago capitado, los mecanismos de compensación y el traslado colectivo de afiliados. Sin embargo, no hay evidencias empíricas de otras partes, particularmente de los EUA (Salmon, 1990; Woolhandler, y Himmelstein, 1994; Bodenheimer, 1995) y Chile (Vergara, 1997), de que este esfuerzo haya tenido éxito en los esquemas competitivos de mercado donde resulta imposible obligar a los privados a asumir la atención de personas de alto riesgo de enfermar. Su negocio consiste precisamente en evitarlas.

La fragmentación creciente del sistema de salud

Más allá de las desventajas para los afiliados al seguro social, la reforma tiene el grave defecto de mantener un sistema de salud dual con un subsistema para la población no-asegurada y sin capacidad de pago y otro para la asegurada o con recursos económicos. Es decir, no plantea la universalización del derecho a la salud e, incluso, se restringirá la inscripción al Seguro de Salud para la Familia para no incrementar el costo fiscal de la reforma. De esta manera, el documento estima que en el 2010 los servicios de salud del seguro social sólo estarán al alcance de entre el 40 y 60 por ciento de la población, dato que revela un estancamiento en el aseguramiento o un aumento lento y totalmente insuficiente. Aun en el caso de que, con el tiempo, se quitaran las restricciones de inscripción al SSF es de señalar que su costo, alrededor de 2 mil pesos anuales pagados por anticipado, está fuera del alcance de una parte importante de la población. Además, este seguro necesariamente tendrá reglas restrictivas, como la exclusión de enfermedades preexistentes y tiempos de espera, hecho inevitable en una lógica mercantil.

La reforma prefigura, así, una creciente estratificación en el acceso a los servicios en perjuicio de la población con menos recursos económicos y residente en regiones geográficas rezagadas. La población pobre no-asegurada sólo tendrá derecho al raquíco Paquete de Servicios Básico comprometido en el Programa de Reforma del Sector Salud (1996), los asegurados sin posibilidad de pagar el seguro adicional sólo contarán con el Paquete Comprensivo de Servicios de Salud, los asegurados con seguro adicional con un paquete ampliado y las personas de altos ingresos con la cobertura de servicios variables ofrecidos por los seguros privados. La reforma propuesta profundiza, de esta manera, notablemente la iniquidad y desigualdad en salud.

Mayor gasto fiscal, menores beneficios sociales

La retórica oficial sobre el importante incremento en la aportación estatal al financiamiento del seguro social carece de sustancia, vista desde esta institución y, todavía más, vista desde el sistema de salud en su conjunto. Esta aportación, calculada en alrededor del 0.85 por ciento del PIB, aumenta los ingresos del IMSS muy poco porque en el nuevo esquema baja simultáneamente la cuota obrero-patronal, cuestión que se justifica con el argumento de abaratar la mano de obra para hacer más competitivos internacionalmente los costos de producción (Laurell, 1997). El hecho de que el nuevo esquema de financiamiento del IMSS no permita cubrir su reconocido déficit financiero es precisamente lo que explica el gran interés por introducir múltiples mecanismos de contención de costos.

Se puede cuestionar, legítimamente, la equidad de una medida que subsidia la cuota patronal con una cantidad semejante a todo el presupuesto de los servicios de salud para la población no-asegurada, cuestión que ha sido ocultada sistemáticamente por el gobierno. Pocos se opondrían a un incremento en el gasto público en salud o, incluso, a que, en un primer momento, se dedicara a fortalecer y ampliar los servicios de la seguridad social que, en cualquier esquema de universalización de los servicios, tendrán que desempeñar un papel central. Sin embargo, dedicar recursos públicos a una reforma que, por un lado, restringe los servicios de los asegurados y, por el otro, adolece de una estrategia de universalización de la cobertura, no parece estar justificado y mucho menos en nombre de la equidad.

Otra pérdida para la nación es el desmantelamiento gradual e irreversible de infraestructura pública de salud y su redistribución en función de la demanda efectiva. Aunque la propiedad de las instalaciones quedara en el IMSS, la conversión de las ZM y hospitales de especialidad en

empresas autónomas regidas por una lógica mercantil choca con la lógica pública que obedece al interés común de satisfacción de necesidades y garantía de derechos. Las empresas privadas, por su propia naturaleza, difícilmente pueden asumir una lógica pública.

En el proceso de reforma la dirección del IMSS y, en buena medida, sus órganos tripartitas, están asumiendo el papel de operador político del desmantelamiento del Instituto como institución pública plena para convertirlo en un simple recaudador de cuotas y regulador de actividades, aunque transitoriamente administraría el FSS.

Este desmantelamiento tendrá profundas implicaciones para sus trabajadores. Es indudable que la autonomía de gestión de las ZM con pago capitado requiere de una mano de obra flexible porque el pago y uso del personal son variables importantes en la contención de costos. Se requiere, entonces, un nuevo tipo de relación laboral que permita despidos y reubicación de trabajadores en áreas administrativas, servicios no-sustantivos y subrogables (laboratorio, imagenología, etcétera), nuevos sistemas de incentivos para el personal médico que individualicen el contrato y el pago, etcétera.

La iniciativa privada, por su parte, resulta favorecida por la reforma con la apertura y fuerte impulso a tres ámbitos de los negocios privados: la gestión del financiamiento de salud y la organización de sistemas de atención; la prestación privada de servicios médicos y la venta de seguros adicionales de salud. Tendrá, por vez primera, acceso directo a los fondos de salud de la seguridad social vía reversión de cuotas o mediante las OAS, así como a la infraestructura y saber especializados en los hospitales de especialidad mediante contratos de compra de servicios en las mismas condiciones que las ZM. En este nuevo contexto estos empresarios se convertirán en interlocutores privilegiados para la formulación de la política de salud y seguramente defenderán sus intereses particulares.

Finalmente, cabe la advertencia de que la reforma puede fracasar y ser abandonada, no por la acción de sus opositores, sino, simplemente por estar mal concebida aún dentro de su propia lógica y de cara a una realidad terca y ajena a los propósitos y buenos deseos de los creyentes en el libre mercado. Otras experiencias señalan que las fracturas, rupturas y nuevos actores producidos por una reforma fallida dificultan tomar un camino distinto sobre la base de la satisfacción universal de necesidades de salud mediante la acción pública. La destrucción de instituciones es rápida, su reconstrucción requiere de muchos recursos y tiempo.

Bibliografía

- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*, Washington D.C., Banco Mundial.
- Bodenheimer, T. (1995). "The industrial revolution in health care", *Social Justice*, vol. 22, pp. 26-42.
- Cohn, A. y P. Elías (1996). *Saúde no Brasil*, Sao Paulo, Cortez-CEDEC.
- Dahlgren, G. (1994). *Framtidens sjukvårdsmarknader - vinnare och förlorare*, Estocolmo, Natur och Kultur.
- Diderichsen, F. (1995). "Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: Lessons from Sweden" *Health Policy*, vol. 32, pp. 141-153.
- FUNSALUD (1994). *Economía y Salud*, México, FUNSAUD.
- Laurell, A.C. (1995). *La reforma de los sistemas de seguridad social. Concepciones y propuestas de los distintos actores sociales*, México, Fundación F. Ebert.
- Laurell A.C. (1997). *La reforma contra la salud y la seguridad social*, México, ERA.
- Laurell, A.C. y L. Ruíz (1996). *¿Podemos garantizar el derecho a la salud?* México, Fundación F. Ebert-UAM-X.
- Poder Ejecutivo Federal (1996). *Programa de Reforma del Sector Salud*, México.
- Salmon, J.W. (1990). *The corporate transformation of health care. Issues and directions*, Amityville, Baywoods Publishing Company.
- Vergara, P. (1997). "In pursuit of "growth with equity": The limits of Chile's free-market social reform", *Int. J. Health Serv.* vol., 27, pp. 207-216.
- Woolhandler, S. y D. Himmelstein (1994). "Clinton's health plan: Prudential's choice", *Int. J. Health Serv.*, vol. 24, pp. 583-592.
- Working Group Managed Competition (1994). "Managed competition: An analysis of consumer concerns" *Int. J. Health Serv.*, col. 24, pp. 11-24.
- World Bank (1995). *Mexico. Country strategy and implementation review meetings (CISR). Summary minutes*. Documento mimeografiado.
- World Bank (1998). *Mexico Health System Reform*. Documento mimeografiado.