



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "ACATLAN"

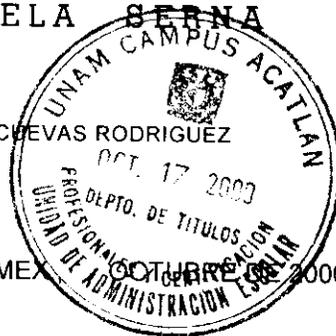
"LA INVERSION EN CAPITAL HUMANO POR SALUD EN EL ISSSTE: UNA ESTRATEGIA PARA LA MODERNIZACION DE LA ADMINISTRACION PUBLICA MEXICANA"

SEMINARIO - TALLER EXTRACURRICULAR QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN ECONOMIA PRESENTA: JUAN JOSE VITELA SERNA

ASESOR: MAESTRO ENRIQUE CHEVAS RODRIGUEZ



SANTA CRUZ ACATLAN, EDO. DE MEX.



OCTUBRE DE 2000.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

A Cano y Mari, mis padres por su ejemplo de constancia y combatividad en el trabajo

A mis hermanos Daniel, Pilar, Victoria, Jacinta, Eustolia, Rosa, Asunción, Catalina, Santa, Samuel, Antonio y Juanita, por su permanente solidaridad

A mi esposa Anita y a mis hijos Benja, Bela y Juanito, por ser mi acicate para la acción

Al Maestro Enrique Cuevas Rodríguez, mi asesor de tesis, por su valiosa guía y atinadas sugerencias

**Nota.** Las ideas expresadas, interpretaciones y manejo de fuentes, así como las conclusiones y sugerencias de esta tesis son responsabilidad exclusiva de su autor sustentante. De ninguna manera constituyen el punto de vista del ISSSTE o de cualesquiera otra instancia oficiales del Gobierno o de la Administración Pública de México.

## CONTENIDO

	PÁGINA
<b>INTODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>I. INVERSIÓN EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE CAPITAL HUMANO</b>	<b>5</b>
<b>I.1 Teoría del Capital Humano</b>	<b>5</b>
<b>I.2 Formas de Capital Humano</b>	<b>8</b>
I.2.1 Educación	8
I.2.2 Capacitación	10
I.2.3 Salud	13
<b>I.3 La salud como forma de Inversión en Capital Humano</b>	<b>19</b>
<b>I.4 El capital humano por salud y el beneficio social</b>	<b>21</b>
<b>II. DIAGNÓSTICO DE LA SALUD EN MÉXICO Y EL ACUERDO MUNDIAL DE ALMA ATA SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA</b>	<b>29</b>
<b>II.1 Diagnóstico macro de la salud</b>	<b>29</b>
II.1.1 Transformación de las necesidades de salud	29
II.1.2 Medición de la salud	32
II.1.3 Problemas en el desempeño del sector salud.	36
<b>II.2 Conferencia Internacional de ALMA ATA sobre Atención Primaria de Salud ( y el acuerdo mundial sobre salud para todos en el año 2000)</b>	<b>42</b>
<b>II.3 Comparación entre América Latina con el resto del mundo.</b>	<b>45</b>
<b>III. INVERSIÓN PÚBLICA EN SALUD Y ANÁLISIS DE LA POLÍTICA DE SALUD EN EL ISSSTE</b>	<b>51</b>
<b>III.1 Políticas de inversión en salud recomendadas por el Banco Mundial</b>	<b>51</b>
<b>III.2 Inversión pública en salud en México antes de 1993 y después hasta 1998</b>	<b>56</b>
<b>III.3 Análisis de los programas de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención a la Salud, y de Modernización de la Administración Pública (PROMAP 1995-2000), en el ISSSTE en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, durante el periodo 1995-1998</b>	<b>65</b>
III.3.1 Componentes y resultados del Programa de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención	72
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>83</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>88</b>

## INTRODUCCIÓN

Los cambios de Modernización o Reforma<sup>1</sup> en el orden capitalista mundial, suscitados a partir de la década de los sesentas, resultado de una serie de problemas y necesidades insatisfechas por el llamado modelo keynesiano, han llevado a los países desarrollados y en desarrollo, a buscar una contra propuesta en la escuela neoclásica de la economía.

Es dentro de esta tendencia que resurge la Teoría de Capital Humano, formulada en sus principios por Adam Smith en el siglo XVIII, pero desarrollada hasta mediados de la década de los sesenta del siglo actual por Gary Becker en los Estados Unidos, quien recibe un premio por ello y distingue tres modalidades de capital humano o inversión en los humanos: educación, capacitación y, en salud que en esta tesis se aborda con mayor detalle.

La importancia de la Teoría de Capital Humano fue corroborada luego que otros autores descubrieron el papel que la inversión en los humanos ha tenido en el desarrollo de los países avanzados. De este hecho se desprende, sin duda, la recomendación de las acciones de capital humano a los países en desarrollo en donde podrán ser utilizadas como medio para erradicar sus problemas de pobreza y atraso.

No obstante la importancia de la teoría neoclásica en el desarrollo de los países avanzados, en donde actuó a nivel micro económico, los primeros resultados obtenidos de su aplicación a nivel macro en esos países una vez dejado atrás el modelo keynesiano, --tales como la no intervención del Estado en la economía, dejando en su lugar a la oferta y la demanda del libre mercado como único mecanismo de regulación del desarrollo económico de los países, y que provocó desajustes en el empleo y el crecimiento en los diferentes sectores y países debido a la globalización de las finanzas--, los primeros resultados, repetimos, pronto dejaron de manifiesto la insuficiencia de esta otra vía por si sola para el desarrollo actual y futuro de las economías en general.

---

<sup>1</sup> Sobre Reforma del Estado, para los EUA ver la obra de Al Gore, Reporte sobre la reinención del gobierno. *"Del burocratismo a resultados: Creando un Gobierno que Trabaja Mejor y Cuesta Menos"*. Para el caso de México, véase

Así ha quedado reconocido, tácita o expresamente, por una serie de autores y titulares de organismos internacionales entre los que se pueden citar a José Ayala, en el caso de los primeros, y a los directores del Banco Mundial (BM), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Comisión Económica para la América Latina y el Caribe (CEPAL), en el caso de los segundos, quienes coinciden en recomendar posiciones intermedias de participación del Estado y del mercado en la cuestión del desarrollo de políticas, dentro de las cuales se pueden incluir las derivadas de la Teoría de Capital Humano, para el nivel macro.

En ese sentido, en el contexto más próximo de la aplicación exitosa de estas medidas en los países en desarrollo como México, se harán notorios dos aspectos: primero, las acciones deberán tener sobre todo un carácter social y colectivo -no sólo individual y privado como en los países desarrollados; segundo, no únicamente se admite sino que se requiere --como también en algunas políticas de los países avanzados--, de la participación del Estado en la instrumentación de estas políticas, con lo cual adquirirán el carácter de política pública en busca de un beneficio social antes que uno puramente privado; esta es la perspectiva del análisis en este trabajo el cual se titula "La inversión en capital humano por salud en el ISSSTE: una estrategia para la modernización de la Administración Pública Mexicana"<sup>2</sup>.

En nuestro país se inició en 1982 un proceso de cambios estructurales en el comercio, las finanzas y el aparato de gobierno, los cuales han incluido medidas de desconcentración y descentralización en sus diversas formas, fusión y supresión de áreas, así como de reingeniería y simplificación de procesos; acciones todas encaminadas a lograr un desempeño más

---

Rebolledo, Juan, *La Reforma del Estado en México*, F.C.E., México, 1993 ó Villarreal, René, *Liberalismo Social y Reforma del Estado*, México, 1994

<sup>2</sup>En México, como en otros países, "modernizar" la Administración Pública significa un "proceso de cambio a través del cual los organismos públicos incorporan nuevas formas de organización, tecnologías físicas y sociales, y comportamientos que les permitan alcanzar nuevos objetivos de una manera más adecuada" (...) "forma parte del proceso total de cambio experimentado por un país en desarrollo y, por lo tanto, no puede ser considerada aisladamente de los factores políticos, sociales, económicos y culturales que este proceso conlleva". Diccionario de Política y Administración Pública, Colegio de licenciados en ciencias políticas y administración pública, a. c. México, 1980, pp. 637-8.

adecuado de la administración pública, incluyendo los servicios de salud, en relación con los objetivos y metas que en cada periodo se ha planteado.

En ese sentido, el ámbito del estudio recae en las acciones emprendidas por el gobierno en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE, --Instituto que tiene a su cargo la atención de la salud de cerca de 10 millones de derechohabientes entre servidores públicos y familiares--, particularmente en aquellas acciones que parecen tener relación con la Teoría de Capital Humano como son las que corresponden al Programa de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención a la Salud en la Zona Metropolitana, asociado al Programa Nacional de Modernización de la Administración Pública 1995-2000.

A varios años ya de iniciados los trabajos de modernización en la administración pública en general, y del ISSSTE en lo particular, el objetivo que esta tesis se plantea es, desde luego, el de evaluar, con base en los supuestos de la Teoría de Capital Humano, el impacto en la atención y en la salud de los derechohabientes, del Programa de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención del ISSSTE, instrumentado en la zona metropolitana de la Ciudad de México durante el periodo 1995-1998.

Para cumplir con este objetivo se desarrollan tres capítulos. En el primero se hace referencia a los antecedentes de la Teoría de Capital Humano, a sus diversas modalidades y a la necesidad de encontrar un esquema válido de hacerla aplicable al ámbito macro, y no sólo al micro económico o micro social, y en el que se dé la intervención del Estado, como se requiere en los países en vías de desarrollo en donde dicha intervención ha sido histórica y decisiva para el desarrollo moderno de sus economías. Para este fin se relaciona el planteamiento con la curva de beneficio social.

Al considerar que todo programa o política, como la emprendida por el gobierno en el campo de la salud, necesariamente tiene un contexto histórico, social y geográfico, en el capítulo dos se alude a un diagnóstico de la salud en México, incluyendo en esta parte la Declaración de Alma Ata como el referente más importante de sus políticas en ese campo en los últimos 20 años.

Por último, se analiza como parte de la política actual de modernización de los servicios de salud, el Programa de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención a la Salud del ISSSTE, comparando sus objetivos con los recomendados por el BM y la OMS, así como evaluando los resultados de dicho Programa, obtenidos en tres años y medio de su operación, señalando algunas líneas a seguir a efecto de contribuir cabalmente a una auténtica modernización en la Administración Pública, por la vía del capital humano<sup>3</sup>.

En efecto, debido a la estrecha y recíproca influencia de la salud en lo económico y de lo económico en la salud, la buena salud de los servidores públicos y de todos los mexicanos es determinante para el desarrollo futuro de México. En particular la de sus trabajadores de quienes se requiere una más significativa contribución a la productividad y a la calidad de procesos, productos y servicios, según las condiciones de competitividad que privan hoy en los mercados capitalistas.

Por tanto, es de esperarse que dada la reconocida importancia estratégica, asociada al desarrollo, que las relaciones entre economía y salud revisten, que todos los sectores de la sociedad mexicana, empezando por su sector público como principal dirigente del desarrollo del país, otorguen una atención especial y permanente a dicha relación estratégica.

---

<sup>3</sup>Cabe acotar que el que se tome como base de la evaluación por comparación las líneas de acción propuestas sobre todo por el Banco Mundial no debe significar en modo alguno, en este particular caso, la existencia de alguna relación de subordinación de la política de salud mexicana a los dictados de aquella institución internacional. En su adopción debe mediar un reconocimiento producto de la más serena y objetiva reflexión en el sentido de que la globalización de las relaciones económicas de los países ha dejado atrás irreversiblemente y sin ningún efecto positivo en la actualidad muchas de las medidas independentistas en lo económico que puedan emprender los gobiernos capitalistas hoy. El significado de dichas medidas se traduciría de ser llevadas a cabo en un aislamiento que dadas las condiciones de integración de las relaciones económicas capitalistas en el presente, le representaría al país o gobierno que las practique, más una amenaza que una oportunidad que le favorezca.

## I. INVERSIÓN EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE CAPITAL HUMANO

### I.1 Teoría del Capital Humano

El capital humano como concepto económico se lo encuentra ya en el pensamiento de Adam Smith (1723-1790) y Alfred Marshall (1842-1924). Sin embargo, no es sino hasta los años sesenta del presente siglo que este concepto cobra gran importancia como inversión con altas tasa de rentabilidad, una vez que los economistas comprobaron el papel que los recursos humanos calificados están teniendo en el crecimiento de las economías de los países avanzados.

Para Smith y Marshall la inversión en educación por parte de las naciones era un elemento valioso, y consideraban el capital humano como el capital de mayor valor. En la edición conmemorativa del bicentenario de la primera edición de la *Riqueza de las Naciones* de Smith, traducida al castellano en 1988, se señala:

“Un hombre educado, a costa de mucho trabajo y tiempo, en cualquier empleo de extraordinaria destreza y pericia puede compararse a una de esas máquinas caras. Se espera que el trabajo que ha aprendido a ejecutar le repondrá, por encima de los salarios usuales, el coste total de su educación con, al menos, los beneficios ordinarios de un capital equivalente. Debe hacerlo en un tiempo razonable, teniendo en cuenta la imprevisible duración de la vida humana, de la misma forma que se considera la duración más conocida de la máquina...”<sup>4</sup>

La Teoría del Capital Humano surge específicamente de la Economía de la Educación, que se inspira en la escuela marginalista, así como de la Sociología de la Educación de corte funcionalista, y los lugares en que aparece son los Estados Unidos de Norteamérica y los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OECD).

---

<sup>4</sup> Campbell, R.H. y Skinner, A.S., 1988

Es Gary Becker<sup>5</sup> el autor que más extensamente ha estudiado la inversión en capital humano y quien le ha dado sistematización teórica. Junto a él han aparecido otros autores como Theodore W. Shultz<sup>6</sup> y Jacob Mincer,<sup>7</sup> considerando este último, que la teoría del capital humano no es una nueva teoría económica, sino la extensión de la ya existente a un aspecto que se ubica más allá de un limitado intercambio de transacciones en el mercado.

Para definir el capital humano, Becker dice:

"...el trabajo crecientemente se está tratando como capital --capital humano. Esto es en reconocimiento de la pequeña proporción de los sueldos y salarios que, en las economías avanzadas, es atribuible a la parte del trabajo que corresponde a la 'fuerza bruta' y la correspondiente gran parte atribuible a la inversión en los humanos: educación, capacitación, salud, etc. Sin embargo, el análisis del capital humano no se ha integrado, directamente, al análisis general del capital, debido a que algunos determinantes de la oferta de capital humano son únicos".<sup>8</sup>

Entre las diferencias del capital humano con relación al capital físico, se cuenta el plazo de maduración que relativamente es más largo en el primer caso dado el tiempo de la preparación de los individuos. De aquí se deriva que los mayores ingresos de las personas preparadas son una expresión de una mayor productividad y de una contribución más grande al crecimiento económico. Becker afirma que la evidencia más cotidiana se la encuentra en el hecho de que personas con un nivel de educación elevada tienen por lo general un nivel de ingreso mayor que aquellas que no la tienen.

Los planteamientos de la teoría del capital humano han dado lugar a diversas críticas, una de ellas es que se centra demasiado en la educación formal, y menos en la capacitación y en el papel que el proceso de trabajo juega en sí mismo como otra de las formas de capital humano, en donde la interacción del trabajador con el capital físico determinan más efectivamente el desarrollo de conocimientos y habilidades en la fuerza de trabajo y no tanto la preparación

---

<sup>5</sup> Becker, S. Gary, 1993

<sup>6</sup> Shultz, Theodore W., 1974

<sup>7</sup> Mincer, Jacob, 1974, pp 3-97

<sup>8</sup> Becker, S. Gary, 1964. p. 202

académica. En este aspecto es que se ubica el cuestionamiento de la posición marxista la cual niega el supuesto de que el capital humano se dé en el mercado y en cambio sostiene que es en la esfera de la producción donde se da dicho proceso de aprendizaje, que incluye además de aspectos técnicos los de tipo social de dominación.

No obstante, varios investigadores utilizando distintas metodologías han coincidido en la obtención de similares conclusiones respecto al efecto positivo de la educación sobre el crecimiento económico.<sup>9</sup>

De la inversión en los humanos, una de sus modalidades es la salud, que constituye, sin duda un prerequisite, un complemento y una consecuencia importante de la educación, de la capacitación y del proceso de trabajo. No obstante, parece que en Becker esta modalidad no ha sido desarrollada a juzgar por sus trabajos conocidos. Es más bien con autores como Peter Zweifel y Robert J. Barro<sup>10</sup> que el tema es abordado en forma más específica.

A continuación se describe cómo es que se plantea la interacción de las varias actividades que constituyen las formas del capital humano, actividades que pueden diferir tanto en intensidad como en la tasa de retorno esperada de recuperación de lo invertido en ellas.

---

<sup>9</sup> Aparte de los estudios y trabajos citados bajo el rubro de educación en el siguiente punto, véase el estudio realizado por Denison en los Estados Unidos (1962, 1967, 1979) en el que al tratar de explicar el crecimiento económico en aquel país encontró un residuo que no se explicaba por el crecimiento en los factores capital y trabajo, sino por mejoras en la calidad de la mano de obra, economías de escala y progreso tecnológico. De modo que llegó a estimar que de 1909 a 1929, el 23% del crecimiento económico estadounidense fue debido a la educación; de 1929 a 1957 el porcentaje fue de 42%; y entre 1948 y 1973, de 21 por ciento.

<sup>10</sup> Barro, J. Robert, 1996

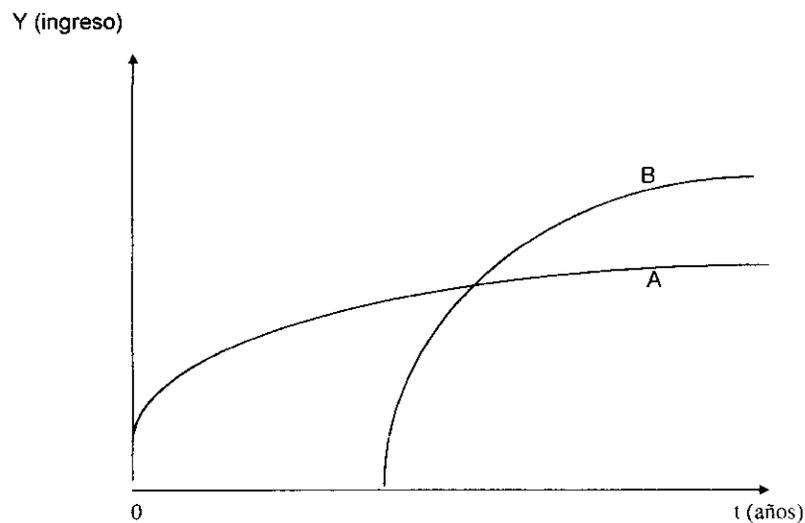
## I.2 Formas de Capital Humano

### I.2.1 Educación

La clásica y primer forma de capital humano la constituye la educación formal o escolarizada. Es la actividad sobre la que más se ha investigado y documentado tanto por Becker y los autores mencionados, así como por otros estudiosos entre los que se pueden citar a Kevin M. Murphy, Nigel Tomes y Robert Tamura.<sup>11</sup>

El siguiente diagrama permite una representación de la educación como capital humano.

Gráfico 1. Curvas de ingreso de dos individuos en el tiempo



<sup>11</sup> Para conocer los planteamientos de estos autores, ver: Gary S. Becker, *Human Capital*, 1993, en donde se incluyen los trabajos de Murphy, Tomes y Tamura.

En la anterior gráfica se representa la situación de ingresos de dos personas: una con 0 años de escolaridad (curva A) y otra con estudios de licenciatura (curva B) como podrían ser los casos de un barrendero y un abogado, respectivamente. La tasa de crecimiento del ingreso de A, que no cuenta con escolaridad y que sólo se apoya en la experiencia para incrementarse, será superada por la de B pese que esta última se incorpore al mercado de trabajo algunos años después, una vez que haya terminado sus estudios.

Los mayores conocimientos de B harán posible una elevación en los ingresos de dos modos:

1. Por la posición en la ocupación (puesto laboral), que se supone favorecerá una situación mejor remunerada.
2. Por la mayor productividad, que supone la elevación de dichos ingresos.

Ello, en general permitirá a B más opciones laborales y mayores ingresos por más tiempo que para A, dado que sus ingresos dependerán menos de la fuerza física bruta como en el caso de A, a quien, dados los rendimientos decrecientes asociados con la mayor edad, en términos generales, le mermarán primero. Sobre todo si tampoco invierte en el cuidado de la salud como otra forma complementaria de capital humano.

En este sentido, Mincer desarrolló un modelo de inversión en educación en el que llega a concluir que los incrementos porcentuales en los ingresos son proporcionales a las diferencias absolutas del tiempo de permanencia en la escuela, y la tasa de retorno actúa como coeficiente de proporcionalidad. Esto es

$$\ln Y_s = \ln Y_0 + rS$$

en donde,  $Y_s$  es el nivel de ingreso de un individuo con  $S$  años de escolaridad,  $Y_0$  es el nivel de ingreso de un individuo con cero años de escolaridad,  $r$  es la tasa de retorno de la escolaridad,  $S$  son los años de escuela completados.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Mincer, Jacob, *Schooling, Experience and Earnings*, New York, 1974. Citado en Ortiz, Juan P. Tesis de Licenciatura en Economía, ITAM, 1996, pp. 28 y 29.

Blaug por su parte, dice que "la tasa de retorno de la inversión en educación puede ser calculada como la tasa de descuento que iguala el valor presente de los salarios extras de toda la vida, atribuible a ciertas cantidades y tipos de educación adicional (posterior a la obligatoria), al valor de los costos de esa educación adicional".<sup>13</sup>

### 1.2.2 Capacitación

La forma de capital humano que más se ha estudiado por la mayor parte de los autores señalados, después de la educación, es la inversión en capacitación. Esta modalidad hace referencia a toda la gama de actividades extraescolares en que se halla presente el proceso de enseñanza aprendizaje. Tales son: cursos, talleres, seminarios, diplomados y otros eventos de la capacitación, en y para el trabajo, e incluso las prácticas en el ámbito laboral que permiten a las personas aprender habilidades y nuevos conocimientos así como perfeccionar los que ya tienen.

La racionalidad de la inversión en capacitación indica que en forma análoga a la educación, las personas se verán atraídas a participar en eventos que les permitan aumentar sus conocimientos, habilidades y productividad para que, de ese modo, sean el medio para tener mayores oportunidades de empleo y de mejorar sus ingresos, según los efectos de las variables del capital humano.

Las variables de capital humano, de acuerdo con Enrique Cuevas,<sup>14</sup> tienen efectos directos e indirectos. Los efectos directos provienen del supuesto de que las personas con mayor escolaridad y/o capacitación, al elevar su productividad obtienen ingresos más altos. Los efectos indirectos se presentan por vía de la ocupación ya que, se supone, la escolaridad y la capacitación promueven a los trabajadores a categorías ocupacionales asociadas con ingresos más altos.

---

<sup>13</sup> Para ampliar al respecto de la educación como modalidad de capital humano véase Blaug, M. *An introduction to the economics of education*, Penguin Books, LTD, London, 1970. Citado en STPS Cuadernos de Discusión N° 5, CeNaPro, México, 1980, p.13.

<sup>14</sup> Cuevas, R. Enrique, *Un modelo de oferta laboral. Efectos de la capacitación en el empleo y los ingresos*, proyecto de Tesis de Maestría en Ciencias Económicas. UNAM, México, 1997.

Como cualquier inversión de capital físico, la inversión en capital humano en cualesquiera de sus formas requiere de fórmulas para la medición de su rentabilidad como se mostró en el caso de la educación. Para la capacitación, Becker define el descuento que iguala los pesos futuros ( $R^*$ ), o el premio de los pesos presentes ( $r^*$ ), para la  $j$ -ésima persona, como el descuento o la prima que iguala el valor presente del diferencial de ingresos con el costo de la inversión en capacitación. Si  $E_j$  es el diferencial de ingresos (suponemos que es igual en todos los años), y  $C_j$  su inversión, entonces por definición

$$Ej1 = Ej2 + rj * Cj$$

donde  $Ej2$  sería su ingreso si no invierte y  $Ej1$  si de hecho invierte. Esta ecuación, según Becker, ha sido utilizada para medir las ganancias provenientes de inversiones en diversas ocupaciones y en los diferentes niveles educativos y permiten explicar por qué los ingresos se elevan a una tasa decreciente con la edad, o por qué personas jóvenes invierten más en sí mismas que las personas mayores.<sup>15</sup>

Otra manera de plantear la inversión en entrenamiento, es la que realizaría una empresa, la cual para estimar su rendimiento podría utilizar la siguiente ecuación propuesta por Call y Holahan.

$$\sum \frac{IPMgt}{(1+i)^t} = \sum \frac{st}{(1+i)^t}$$

en la que se muestra la "igualdad entre los costos e ingresos del último trabajador y se expresa en términos de valor presente de sus respectivos flujos temporales. Si  $IPMgt = st$  en cada periodo, entonces sus valores presentes descontados también serán iguales. En contraste, los valores descontados de los ingresos y costos pueden ser iguales sin que haya igualdad entre  $IPMgt$  y  $st$  en cada (o cualquier) periodo. La empresa puede tener pérdidas en su inversión en capital humano en algunos periodos, en tanto el valor presente de los ingresos iguala o excede el valor presente de los costos salariales."<sup>16</sup>

Dentro de la capacitación cabe diferenciar los rubros de la capacitación **general** y la **específica**.

<sup>15</sup> Becker, S. Gary. 1977, op. cit., p. 226

La capacitación general se refiere a habilidades que son o deben ser costeadas por los propios trabajadores para incrementar su *IPMg* y que son comerciables a otras empresas distintas a la que proporciona el empleo. Ejemplo de estas habilidades son las de una mecanógrafa, oficinista, médico, etc.

Call y Holahan plantean que "...cuando el entrenamiento es general, la tasa salarial aumenta hasta igualarse al mayor *IPMg* atribuible al entrenamiento, porque bajo el supuesto de un mercado laboral competitivo los trabajadores cambian de empleo de acuerdo a la oferta de salarios (...) La empresa no gana nada proporcionando entrenamiento general, porque el costo del entrenamiento no se puede recuperar pagando un salario menor al *IPMg* en periodos futuros".<sup>17</sup>

De manera que siguiendo a estos autores, se tiene que una ecuación de maximización de utilidades en que el entrenamiento es considerado explícitamente, sería

$$IPMg_0 + \sum_{t=1}^n \frac{IPMg^t}{(1+i)^t} = s_0 + T_0 + \sum_{t=1}^n \frac{s^t}{(1+i)^t}$$

donde

$T_0$  = costos de entrenamiento, incurridos totalmente en el periodo 0

$IPMg_0$  = *IPMg* durante el periodo de entrenamiento 0

$s_0$  = salario pagado durante el periodo de entrenamiento 0

$t$  = periodo de tiempo donde  $t = 0, 1, 2, \dots, n$

El valor de *IPMg* en todos los periodos es igual al valor corriente de la totalidad del salario y costos de entrenamiento en todos los periodos. Si el entrenamiento es general,  $IPMg^t = s^t$  en cada periodo después de completado el entrenamiento.

Así,

$$\sum_{t=1}^n \frac{IPMg^t}{(1+i)^t} = \sum_{t=1}^n \frac{s^t}{(1+i)^t}$$

lo cual implica que  $IPMg_0 - T_0 = s_0$  y que  $IPMg_0 > s_0$

<sup>16</sup> Call, Steven, Holahan, William, 1985, p. 455

<sup>17</sup> Ibid, p. 456

La capacitación específica, por otra parte, siguiendo a los mismos autores, ocurre cuando las habilidades que se aprenden no son comerciables en otras empresas distintas a la que proporciona el empleo. El entrenamiento específico aumenta el  $IPMgt$  sin incrementar  $st$ , porque las habilidades que se adquieren en este entrenamiento son únicamente útiles para la empresa que lo proporciona y, por lo tanto, no se incrementa el producto marginal del trabajo a nivel de la industria, que es donde se determinan los salarios.

El entrenamiento específico incluye secretos que no son (legalmente) comerciables, conocimiento especializado de los trabajadores de la empresa y ciertas habilidades militares... Estas habilidades son específicas porque no pueden transferirse a otras empresas.

La empresa debe pagar los costos de este entrenamiento porque aumenta la productividad del trabajador sin incrementar los salarios; por lo tanto no hay rendimiento para el trabajador.

Para expresar este planteamiento en forma matemática, se tendría la siguiente ecuación

$$IPMgt_0 - s_0 - T_0 = \sum_{t=1}^n \frac{st}{(1+i)^t} = \sum_{t=1}^n \frac{IPMgt}{(1+i)^t}$$

Porque como el trabajador no desea invertir en entrenamiento específico,  $IPMgt_0 = s_0$  en el periodo inicial. Así que

$$T_0 = \sum_{t=1}^n \frac{IPMgt}{(1+i)^t} - \sum_{t=1}^n \frac{st}{(1+i)^t}$$

La ecuación anterior indica que la empresa paga los costos del entrenamiento, los cuales deben ser iguales a la diferencia entre los valores presentes de ingresos y costos del trabajo.

### 1.2.3 Salud

La salud -y la ecología- constituye otra forma de capital humano. Como tal, es eslabón, tal vez previo, de una cadena en la cual se encuentran la educación y la capacitación como propiciadoras tanto del desarrollo de los recursos humanos como del crecimiento económico de organizaciones y países.

Para Becker la salud se produce con una combinación de atención médica, ejercicios, dietas apropiadas, variables ambientales (ecología) y otros insumos, sin embargo, como ya lo señalábamos no trata en profundidad el tema, aunque sí lo hace en el campo de la fertilidad en donde él realiza estudios de capital humano asociados a la salud, junto con otros autores.<sup>18</sup>

En sus planteamientos acerca de la fertilidad, Becker dice que en los países desarrollados "...sus tasas de nacimiento están determinadas por variables socioeconómicas más que por variables puramente fisiológicas..."<sup>19</sup> refiriéndose a la racionalidad económica en la reproducción de los individuos.

Esta idea contrasta considerablemente, en opinión del sustentante, con la situación en los países subdesarrollados en los cuales las altas tasas de nacimiento pese a estar también ligadas a variables socioeconómicas entre las que se incluyen la educación y salud, parecen no tener relación con la lógica expuesta por el autor.

Becker, continúa diciendo..., "Un incremento en el ingreso, manteniendo constantes las preferencias y los precios, incrementará tanto el número de hijos como la cantidad gastada en cada uno (su calidad), ya que los niños no son un bien 'inferior'. El incremento cualitativo será mayor que el cuantitativo (número) si el efecto-ingreso sobre la demanda por niños es similar al observado en otros bienes. Parece ser que en los Estados Unidos, y quizás en otras partes un incremento en el ingreso eleva muy poco el tamaño de la familia pero sí aumenta sustancialmente los gastos en educación y en otras medidas que mejoran la calidad de los niños (o dicho de otro modo la cantidad total gastada en cada niño)"<sup>20</sup>

Esto último muestra las diferencias sustanciales que la teoría del capital humano por salud le corresponde enfrentar tratándose de las situaciones de los países desarrollados y los que se hayan en etapa de desarrollo. Los niveles socioeconómicos si bien son el resultado de la interacción de variables como la educación, la capacitación y la salud, la valoración o peso de cada uno de estos conceptos pueden diferir considerablemente entre unos países y otros, en

---

<sup>18</sup> Ver por ejemplo, a este respecto el capítulo XII, Human Capital, Fertility, and Economic Grow, por Gary S. Becker, Kevin M. Murphy and Robert Tamura, en Gary S. Becker, 1993, op. cit., pp. 323-348.

<sup>19</sup> Becker, S. Gary, 1977, p. 204

<sup>20</sup> Ibid

atención a sus condiciones históricas; si bien en ambos es indiscutible que una persona sin salud, incluido un medio ambiente sano, no puede ser productiva; y que por el contrario, sobre todo si incluye educación que permite aumentar la conciencia del autocuidado, el resultado es la salud y la posibilidad de elevación de la productividad, la reducción de la mortalidad y el incremento del estado de bienestar en la sociedad. Más adelante volveremos sobre este último punto.

Por otro lado, recientemente prácticas como la puntualidad o la honestidad que se suponen son de índole cultural, están siendo demandadas como valiosas según Becker, y en las cuales se recomienda invertir como capital humano, pero en los que tampoco se han conocido estudios desarrollados. Y en igual modo es revalorada la alimentación, la limpieza y el orden, que son también parte del desarrollo integral de los recursos humanos.<sup>21</sup>

En *Health Economics* de Peter Sweifel se encuentra un desarrollo más específico del tema de la inversión en salud como capital humano al lado de otros enfoques. En sus planteamientos se identifica los roles del "consumir" y de la "salud" como objetivos que se conjugan para producirla, --pues si no se tiene por ejemplo salud, no se puede consumir ni los más finos manjares; por contra, si no se consume, no se podrá tener vida y salud--, y así mismo se considera a la salud como una inversión generadora de ingresos monetarios. Incluye variables como el consumo, el ingreso y el cuidado de la salud, sobre los que se abundará en el punto siguiente.

Por ahora, se hace referencia a una de las fórmulas matemáticas que expresan parte de esa caracterización.

$$\left( \frac{\partial U}{\partial c(t)} e^{-\lambda(p-r)t} + \frac{\partial Y(t)}{\partial rs(t)} \right) \frac{\partial t(t)}{\partial H(t)} = \left( r + \frac{\partial t(t)}{\partial H(t)} - \frac{q(t)}{q(t)} \right) q(t)$$

<sup>21</sup> Ver Gary S. Becker, 1993, p. 15, en donde se puede leer "expenditures on medical care, and lectures on the virtues of punctuality and honesty are capital too in the sense that they improve health, raise earnings, or add to a person's of appreciation literature over much of his or her lifetime". Ver también, "Diagnóstico socioeconómico para la planificación de los recursos humanos" en STPS, *Cuadernos de Trabajo* N° 5, CeNaPro, México, 1980, pp. 36 y 58 en donde en una crítica a la teoría del capital humano, la cual parece limitar la educación a un carácter exclusivamente económico, se propone que se reconozca su índole social y cultural.

en donde

$U$  : utilidad por periodo

$H$  : stock de salud

$\delta$  : tasa depreciación del stock de salud

$r$  : tasa de interés

$Y$  : ingreso laboral

$q$  : precio unitario neto del cuidado médico

$t$  : tiempo

$rs$  : tiempo con enfermedad

$\mu, \lambda$  : multiplicador de Lagrange

Según esta ecuación que se deriva del Modelo de Grossman,<sup>22</sup> se requiere que la utilidad marginal de una inversión en salud sea igual a su costo marginal a fin de hacerla óptima.

El lado de la utilidad marginal de la ecuación puede interpretarse como sigue:

• **La salud apreciada como un bien de consumo.** La reducción del tiempo perdido por enfermedad (y por tanto la ganancia de tiempo saludable) incrementa la utilidad directamente, desde  $\partial U / \partial t^s(t) < 0$  subjetivamente descontada la decisión de  $t = 0$ , ese beneficio asciende a

$$\left( \partial U / \partial t^s(t) \right) e^{-(p-r)t}$$

El valor presente en el periodo  $t = 0$  es dado por  $\lambda[0] e^{(p-r)t}$  con  $\lambda[0]$  indicando el impacto de una relajación del presupuesto restringido en la función de Lagrange para el primer periodo. El factor  $e^{-(p-r)t}$  refleja la fuerza de estos dos procesos descontados, uno relativo a la salud y subjetivo, el otro relacionado con el capital y objetivo. A pesar de la relación con el capital y conservando sólo el primer componente de la utilidad marginal producida por una inversión en salud es común que a estos desarrollos se les llame modelos de "consumo puro".

<sup>22</sup> Presentado este modelo por Zweifel en la versión de Wagstaff 1986, en *Health Economics*, Zweifel, Peter y Breyer, Friedrich, 1997.

• **Valoración de la salud como un bien de inversión.** La reducción del tiempo de enfermedad en el individuo tiene un inmediato impacto en el ingreso laboral a través de  $\partial Y(t)/\partial t^*(t)$ . Aún si el tiempo de enfermedad no fuera agradable en sí mismo, la inversión en salud tiene un retorno en términos de un acrecentamiento del ingreso laboral. Desde el momento que la salud se transforma en una mercancía que no es valuada per se, sino sólo por su impacto en el ingreso laboral y finalmente en el stock individual de capital monetario, y se considera sólo este último aspecto de ella, a los modelos que la tratan de representar se les llama de "inversión pura".

El lado derecho de la ecuación simboliza el costo marginal asociado con el obtener una unidad adicional de capital en salud. Desde que el stock de capital es considerado como durable, este costo marginal generalmente representa, en el corto plazo, pequeños desembolsos marginales para la necesaria inversión en salud [su precio unitario es representado por  $q(t)$ ]. Mejor dicho, la suma del costo marginal del que se priva el individuo a la tasa de interés [ $r$  por unidad monetaria de  $q(t)$ ] y la depreciación [ $\delta(t)$  por unidad de  $q(t)$ ]. Finalmente, en un contexto dinámico el costo de sostener cualquier bien de capital decrece si su precio de compra se eleva con el tiempo [ $q(t) > 0$ ]. En este caso el comprador se pone feliz por haber comprado antes. Inversamente, el costo de obtener un activo puede devenir muy alto si su valor decrece con el tiempo [ $q(t) < 0$ ].

Estas consideraciones son válidas también para el bien de capital "salud", con el precio de una unidad marginal dado por el precio del bien de inversión, el cual primeramente depende del *precio neto del cuidado médico*, en este contexto. Ello puede también depender del precio del tiempo propio del individuo (ejemplo. su tasa salarial) tanto más, cuanto que los esfuerzos preventivos personales son admitidos como un suministro dentro de la realización de inversiones.

En resumen, según el modelo Grossman la salud y la riqueza constituyen dos capitales interrelacionados, el valor de los cuales es óptimamente controlado sobre el tiempo por el individuo. En el caso de la salud, la utilidad marginal de obtener una unidad marginal de stock

tiene un componente de consumo y uno de inversión, los cuales juntos deben ser siempre iguales a su costo de uso marginal constituido por intereses, depreciación, y un posible cambio en el valor del bien de capital "salud" sobre el tiempo.

En consecuencia, en la salud se invierte para que las personas sean más sanas y con ello su productividad sea mayor en su contribución al crecimiento económico. El mismo efecto se obtiene cuando se logra alargar el promedio de vida útil o cuando se logra disminuir el promedio de la mortalidad infantil puesto que se desperdiciarían menos recursos y tiempo en el propósito de, por ejemplo, tener hijos por parte de las familias, como se planteaba más arriba y que no necesariamente contiene un propósito económico.

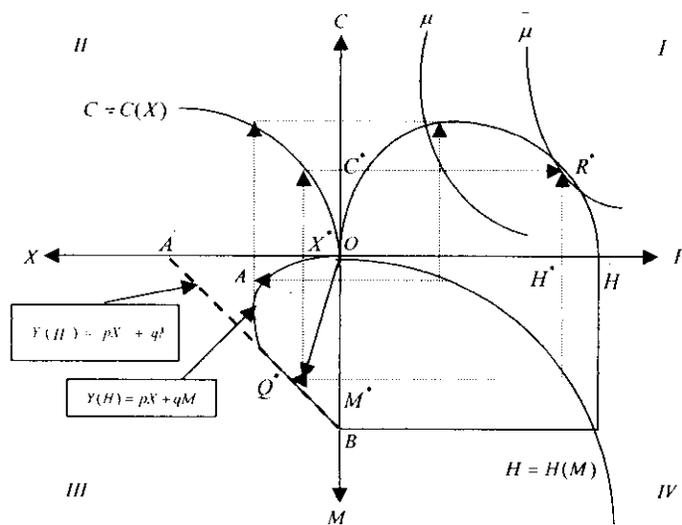
Como efecto recíproco, la salud de un individuo logra en general el mejoramiento continuo en su educación y/o capacitación, de donde se deriva que la inversión en capital humano tienda a ser más productiva y preferible que la inversión en capital tangible (material), y que como círculo virtuoso es posible que impacte considerablemente mejor en la distribución del ingreso y el alivio de la pobreza, en donde también se afirma que el capital humano actúa.

### I.3 La salud como forma de Inversión en Capital Humano

La referencia teórica de la inversión en salud que enseguida se presenta se basa en los planteamientos de Peter Zweifel (1997) incluidos en su *Health Economics*.<sup>23</sup>

De acuerdo con este autor la salud, considerada como un bien escaso, que puede incentivar a demandantes como a oferentes, se la puede representar como parte de un problema de optimización microeconómica. Ver gráfico 2.

Gráfico 2. Salud, consumo, y porción óptima de ingreso destinada a la salud



En la gráfica,  $R^*$  en el cuadrante I, es el punto en el que la combinación del consumo y la salud  $(C^*, H^*)$  resultan de máxima utilidad en la curva de indiferencia  $\bar{u}$ , para el cual existe en el cuadrante III, el nivel óptimo de presupuesto asignado en  $Q^*$ . En el cuadrante II, la ecuación

<sup>23</sup> Ibid

$C=C(X)$  representa la relación positiva entre consumo y bienes consumibles. Es esta ecuación y la del cuadrante IV,  $H=H(M)$  las que permiten asignar a cada punto de la curva de presupuesto en el cuadrante III,  $Y(H)=pX+qM$ , un punto en el espacio  $(C,H)$ , en el cuadrante I, el cual en este caso corresponde todo él a la frontera de posibilidades y difiere de la frontera de posibilidades conocida, dado que se admiten valores de 0 para  $H$  y  $C$ , en aquellos casos de gente muy pobre.

Así el cuadrante IV muestra el correspondiente gasto óptimo en el cuidado de la salud  $M^*$  y el cuadrante II la compra óptima de bienes de consumo  $X^*$ . Mientras que la unión de  $Q^*$  con el origen traza una línea cuya pendiente se la puede interpretar como la suma de dinero necesaria para la salud óptima.

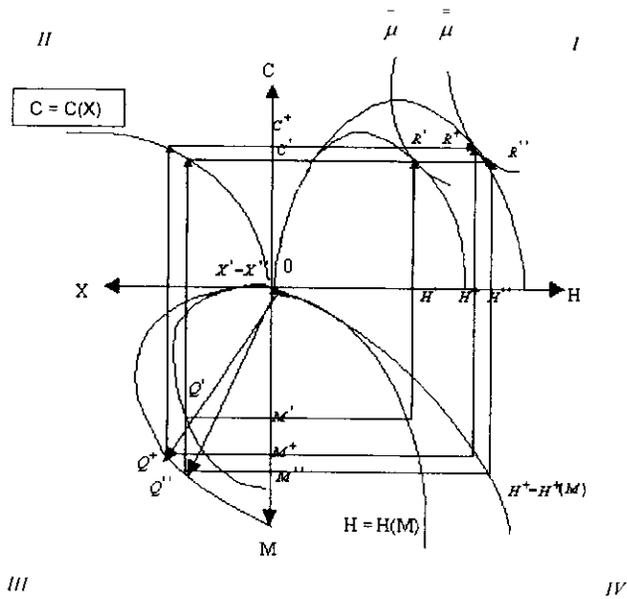
Sin dejar de reconocer que las variables de la salud no sólo tienen carácter económico, la gráfica muestra cómo se relacionan con ese carácter el ingreso y la inversión en cuidados médicos así como el consumo, desde una perspectiva micro.

#### 1.4 El capital humano por salud y el beneficio social

Como el impacto mayor del capital humano se lo encuentra en el nivel de los grupos sociales y de países, y como el grupo en particular a que se refiere el análisis de la salud en esta tesis es el de los servidores públicos, es necesario enfocar el tema desde una perspectiva más bien macroeconómica. Por tanto, a continuación se presenta un esquema propuesto también por Zweifel, el cual parte del anterior esquema y considera sus funciones en forma agregada.

El planteamiento gráfico es el siguiente:

Gráfico 3. Cambio en la tecnología y ajuste de la porción óptima de salud



En este gráfico, similar en las funciones al de nivel micro, se destaca la existencia de un problema en la presupuestación global de los servicios de salud proporcionados por el gobierno.

(punto común de ataque de gran parte de las posturas neoclásicas)<sup>24</sup>. Este problema estaría representado por el punto  $Q+$  menor al  $Q^{**}$  óptimo (ver cuadrante III), que resultaría del supuesto, póngase por caso, de una mejora en los servicios médicos producida por la introducción de tecnología.

Según esto una mejor tecnología dará lugar a que los miembros de la sociedad, --que por razones de simplificación son considerados idénticos--, alcancen nuevas y mejores posibilidades de salud, las cuales son representadas por las curvas de indiferencia en el cuadrante I. Si, como ocurre generalmente por razones de restricción del presupuesto, el gobierno sólo está en disposición de destinar un monto incrementado  $Q+$  (que implica la mejora tecnológica) y con ello desea sólo un incremento proporcional en el consumo ( $C+$ ) y en el bienestar ( $R+$ ), en vez de invertir un monto  $Q^{**}$  --que quizás no se lo permitan los contribuyentes--, pero con el que el gasto de consumo se mantendría igual que el anterior ( $X^{**} = X^*$ ), y con ello se podría alcanzar un mayor nivel de salud ( $M^{**}$ ) para los usuarios, entonces, se concluye, que el gobierno incurriría en una ineficiencia al no expandir sus servicios tal y como teóricamente ello es posible.

De esta forma, el autor afirma que la fijación política de una proporción del producto nacional destinada a la salud tendría que estar fundada sobre una función de bienestar social la cual por su inobservabilidad, de hecho no existe, lo que más bien ocasionaría, dice, un riesgo de pérdida en la eficiencia que tendería a acumularse con el tiempo.<sup>25</sup>

Sin embargo, como otros autores sostienen, Jacob Mincer entre ellos, que las ventajas de la teoría del capital humano se presentan también a nivel macroeconómico, en donde un cierto stock social de capital humano y su crecimiento son factores que explican el crecimiento

<sup>24</sup> Existen notables excepciones dentro de esta tendencia neoclásica. Véase por ejemplo más adelante, los planteamientos de José Ayala dentro de la posición de los institucionalistas, así como los planteamientos del presidente del Banco Mundial.

<sup>25</sup> El autor dice que en los países desarrollados el estudio de la salud se funda en información sobre su cuidado ( $H$ ), el consumo ( $C$ ), los bienes de consumo ( $X$ ) o su valor monetario ( $pX$ ), y sobre la cantidad de tratamiento médico o su valor monetario ( $qM$ ), de los cuales se dispone de una relativa falta de datos sistematizados, principalmente en los dos primeros. Por lo que se tendría dificultad para su análisis, además de la dificultad en la observabilidad de los valores óptimos que se llegarán a determinar.

económico de los agregados nacionales,<sup>26</sup> bien valdría la pena buscar formas óptimas de asignación y gasto de los recursos destinados a la salud por parte de los países. En particular por parte de aquellos que, como en el caso de México, se encuentran en desarrollo y en donde dada su situación de atraso y el histórico papel del Estado, la inversión pública en salud representaría más ventajas que desventajas,<sup>27</sup> en el largo plazo por supuesto.

En efecto, aunque el objetivo de la tesis no es propiamente el de argumentar en favor de que los recursos financieros para la salud se asignen al sector público y sean gastados por éste -- sino el analizar cuáles han sido las formas de gastarlos, sus resultados en el campo de la salud y en todo caso proponer nuevas formas de eficientar su uso--, el sustentante comparte el parecer de Mincer, en el sentido de que la ventaja macro justifica la intervención estatal, más tratándose de la salud por su carácter público. Ello justifica que el enfoque de la inversión en salud objeto de esta tesis se aborde en lo sucesivo en su aspecto macro y sobretodo en lo que tiene que ver con su tratamiento desde el gobierno o gobiernos e incluso desde la posición de organismos internacionales como son la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial, entre otros.

Desde luego la selección del enfoque macro y público, por lo menos en lo que se refiere a la política de salud en los países como México en donde a diferencia de los bienes producidos por una empresa, la salud adopta ese carácter de bien público y en donde si bien un antiguo supuesto de la teoría económica establece que *todos los individuos persiguen sus propios intereses*, en la actualidad es manifiesta la necesidad de una nueva forma de intervención del Estado como instancia macro, para que compense, mediante la realización de políticas públicas los desequilibrios producidos por la acción del libre mercado.

---

<sup>26</sup> Ortiz, Juan P., 1996, p.7. Si bien este crecimiento encuentra su fundamento en la acumulación individual de ese capital humano y del crecimiento del ingreso a nivel personal.

<sup>27</sup> En México la situación económica de los grupos mayoritarios hace poco atractivo para el sector privado --cuyo móvil es el lucro--, la atención de esta inversión, necesaria para el desarrollo económico y social. Por lo tanto, es de esperarse que siga correspondiendo al gobierno el proveer de una manera eficiente estos servicios de salud a la población.

En ese sentido, sin dejar de tener en cuenta que el modelo macro expuesto pudiera muy bien reflejar las condiciones de los países desarrollados y no tanto la de los países como el nuestro, es probable que una fundamentación teórica del capital humano por salud más adecuada a la perspectiva de actuación estatal en este país, como pretende esta tesis, se la encuentre insistiendo en la aplicación de políticas públicas que estén acompañadas de una función social de bienestar, la cual según José Ayala se la puede definir como

"la relación entre el bienestar de la sociedad como un todo y las variables que afectan al desempeño de la economía y los niveles de vida de los individuos"<sup>28</sup>

Según Call y Holahan, la función social se expresa por

$$FBS = f(U_p, U_j)$$

en donde  $U_p$  y  $U_j$  representan las funciones de utilidad de dos individuos, como ejemplo de las utilidades de los miembros de una sociedad que siendo diferentes determinan el bienestar agregado<sup>29</sup> y el problema de la eficiencia, que no necesariamente conlleva un incremento en el nivel de bienestar social, problema que se ha enfrentado con criterios distributivos de acuerdo a distintas funciones de bienestar.

Ayala refiere distintas funciones de bienestar con carácter distributivo, entre ellas figuran la utilitarista que propugna beneficiar a todos los miembros de la sociedad, y la Justicia distributiva de Rawls que, por su parte, buscaría mejorar la situación de los más pobres como condición de una mejor sociedad, lo cual ilustra las distintas posiciones y valores de los diversos grupos de interés. Ver cuadro 1.

---

<sup>28</sup> Ayala, E. José, 1996, p.96

<sup>29</sup> Call, Steven, op. cit. p. 519

Cuadro 1. CRITERIOS DISTRIBUTIVOS SEGÚN DISTINTAS FUNCIONES DE BIENESTAR<sup>30</sup>

1. Mercado	2. Utilitarista	3. Igualitario	4. Mixto	5. Justicia distributiva de Rawls
- Recibir lo que el individuo gana en el mercado.	- Maximizar el bienestar social.	- Igualar el bienestar.	- Establecer un mínimo de bienestar.	- Mejorar la situación de los peor situados en la sociedad.
- Recibir sólo el ingreso ganado sin ninguna ayuda social o estatal	- Maximizar el bienestar medio.	- Igualar el bienestar de los más pobres.	- Distribuir el ingreso para maximizar el bienestar de acuerdo al nivel definido por la sociedad.	

En palabras de Ayala..., "la función social de bienestar es, ciertamente, un instrumento limitado, porque no existe un mecanismo aceptable que permita agregar las preferencias de los individuos y llegar a la función social de bienestar adecuada...La elección o diseño de una función de bienestar única es algo difícil de imaginar, podría pensarse que alrededor de un conjunto limitado de funciones de bienestar, se encuentra una que coincida mejor con las aspiraciones de la sociedad. Los políticos y burócratas tampoco tienen la 'regla de oro' para fijar la mejor función de bienestar, y en ello interviene su propia conducta egoísta; sin embargo, son útiles para resumir los efectos de los cambios de las políticas públicas."<sup>31</sup>

La función social de bienestar se basa en el criterio de Pareto, el cual establece como deseable el cambio de alguna política pública, o la instrumentación de una nueva, si socialmente hace posible que todos los individuos mejoren (definición del criterio débil de Pareto) o al menos algunos mejoren al mismo tiempo (definición del criterio fuerte de Pareto). Al respecto del criterio de Pareto, Ayala explica: (...) "el criterio de Pareto no permite distinguir, cuando una asignación eficiente de recursos es en algún sentido, superior a otra, puesto que al menos un individuo perderá, si la economía se desplaza de un punto óptimo de Pareto en la frontera de posibilidades a otro. Esto es, un óptimo de Pareto no significa equidad, pero abre objetivamente el espacio para que un juicio de valor o una política pública sean los criterios disponibles para elegir entre distintas asignaciones eficientes en el sentido de Pareto, y no el mercado competitivo...Este resultado...no significa que se deba prescindir de los mercados competitivos. Lo que se necesita es introducir políticas que redistribuyan el ingreso y que el mecanismo competitivo siga funcionando. Si bien las intervenciones del Estado se

<sup>30</sup>Ayala, E. José, op. cit. pp. 93-95

<sup>31</sup>Ibid, p. 109

pueden justificar, porque aumenta la equidad, también habrá que reconocer que las intervenciones redistributivas... pueden producir situaciones socialmente injustas<sup>32</sup>

Es en el contexto de estas ideas que considera el ponente que la inversión en capital humano en cualesquiera de sus modalidades, particularmente la de salud, puede constituir en el México actual, por lo que se ha mencionado de sus aplicaciones en otros países, una de las políticas más consistentes en pro de la equidad y de un mayor bienestar en la sociedad si se la compara con medidas distributivas como son por ejemplo las de carácter fiscal que tradicionalmente se han aplicado en nuestro país.

Por tanto, y dada la importancia que en el desarrollo de México ha tenido el Estado, la propuesta en esta tesis es la de invertir en capital humano por salud en general mediante la expedición de políticas y reglamentaciones por parte del gobierno, y en particular se propone que se incluya a la propia Administración Pública con su personal, de modo que se la considere como una de las estrategias de su modernización y como ejemplo a aplicar por parte del resto de la sociedad.

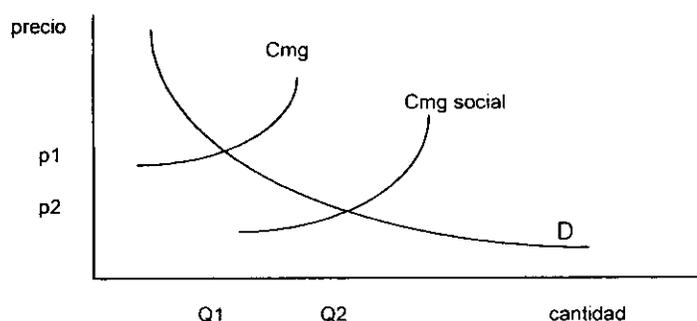
Debe insistirse que invertir en salud desde la perspectiva de capital humano no significa necesariamente gastar más dinero de lo que hasta ahora se gasta. Significa sí poner en juego más recursos encaminados a lograr la salud como pre-requisito de una mejor productividad laboral y bienestar. Ejemplo de estos otros recursos es incorporar en la educación de la niñez contenidos sobre como prevenir enfermedades y preservar la salud, entre otros.

No obstante esto último, y si bien la función de bienestar social puede incorporar algunas de esas variables --educación, vivienda, alimentación, etc, mismas que implican valoraciones de los diversos agentes económicos, de los políticos y de los servidores públicos--, en el gráfico siguiente sólo se hace referencia a la salud por ser nuestro objeto de estudio.

---

<sup>32</sup> Ibid, pp. 93-95. Como ejemplo de situaciones injustas se cita el caso de controlar los precios de ciertos bienes que podrían desmotivar a sus productores y provocar desabasto, lo que lleva a una situación de ineficiencia en la economía.

**Gráfico 4. El Beneficio Social**



La gráfica muestra una curva de demanda por servicios de salud (D), el costo marginal (Cmg) de la sociedad con la actual oferta de servicios de salud y el costo marginal social (Cmg) con programas más efectivos, (debidos a una mejor organización y aprovechamiento de los recursos con los que ya se cuentan, etc)<sup>33</sup>

La curva de costo marginal social mide los costos marginales menos el beneficio social de las mejoras instrumentadas por una entidad pública. Es decir, siguiendo el criterio de Pareto, el desplazamiento hacia abajo de la curva del costo marginal social, representa un cambio de la política anterior --política que en el gráfico está representada por la curva de arriba. Este cambio supone una mejora para todos los individuos (definición débil del criterio de Pareto) o al menos para algunos (definición fuerte del Criterio de Pareto) que puede expresarse en una segunda curva que indica una inversión en un momento  $t$  por un monto similar al de un momento  $0$ , pero que difiere de éste por sus mayores beneficios (Q2) para la sociedad. Este cambio implica en forma relativa un menor costo marginal, puesto que dicho costo es calculado deduciendo del monto invertido una cantidad Q2 de beneficio, que en este caso es mayor que Q1.

<sup>(33)</sup> Ortiz, Juan P., op. cit., p. 7. También Mincer, Jacob, 1981

El beneficio social quedará indicado por datos de mejores niveles de bienestar, un menor índice de mortalidad, una población más sana, entre otros que se tienen disponibles en estadísticas.

En el planteamiento de la tesis, los efectos de la inversión pública serían una mejor salud, que elevará indirectamente la capacidad de crecimiento de la economía en general, y la eficiencia del gobierno, en lo particular. Con ello se podrá disponer de una estrategia específica más de la cual echar mano, distinta de la capacitación o la automatización, para la modernización de la Administración Pública, que es lo que se busca argumentar y que incidiría en el incremento de la productividad de este sector de la sociedad.

## II. DIAGNÓSTICO DE LA SALUD EN MÉXICO Y EL ACUERDO MUNDIAL DE ALMA ATA SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA

### II.1 Diagnóstico macro de la salud

Las referencias a las necesidades de salud del México actual, sus problemas y causas que se citan a continuación han sido extraídas del documento *Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe*<sup>34</sup>, así como del resumen del informe *Economía y Salud*,<sup>35</sup> presentados por la CEPAL, y el Centro de Economía y Salud de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. respectivamente.

**II.1.1 Transformación de las necesidades de salud.** La salud en México atraviesa por una transición epidemiológica que muestra rápidos cambios y grandes contrastes en las necesidades de la población. De un lado están las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas ligados con la reproducción<sup>36</sup> que conforman un rezago que no ha acabado de ser atendido. Del otro lado, están las enfermedades no transmisibles y las lesiones accidentales e intencionales que representan los problemas de reciente aparición.

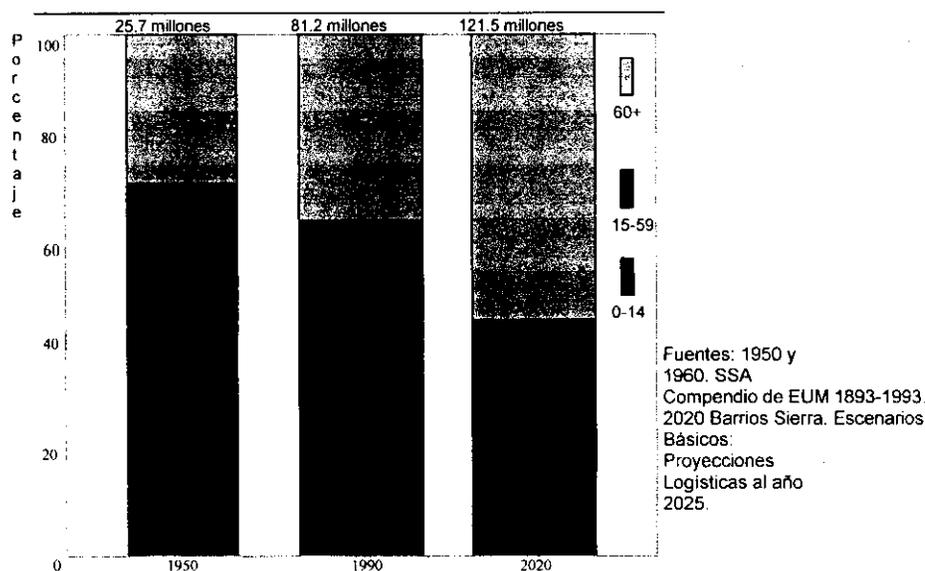
<sup>34</sup> CEPAL/OPS, *Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe*, Colombia, 1994

<sup>35</sup> FUNSALUD, A.C., *Informe final del estudio intitulado Economía y Salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México*, Resumen de las principales aportaciones, México, octubre 1994, así como del Observatorio de la Salud, 1997, de la misma Institución.

<sup>36</sup> Sin ser México uno de los casos típicos en que la reproducción represente un problema grande, llama la atención que prevalezca como una de las condicionantes de la pobreza en la región latinoamericana. De acuerdo con el estudio *Población, salud reproductiva y pobreza*, presentado por la CEPAL en 1998, se dice: "cabe destacar los obstáculos que, especialmente en condiciones de pobreza, entrafía la fecundidad en edades precoces y en la adolescencia (la noción de adolescencia alude al hecho de ser madres antes de haber cumplido los 20 años, en tanto que la precoz se refiere al hecho de serlo antes de los 15). Estos obstáculos -en materia de salud y nutrición-, que afectan a los progenitores y a sus hijos, tienden a disminuir las posibilidades de las personas para adquirir o desarrollar habilidades, capacidades y conocimientos que las transformaría en recursos humanos de mejor calidad (...). Análogamente, una situación inicial de recursos limitados puede verse agudizada por un comportamiento reproductivo que, al no reconocer mecanismos de control a diferencia de lo que ocurre en los países avanzados según lo señalado por Becker (ver capítulo I, pág. 10), daría lugar a una mayor inversión *per cápita* para hijos y padres; en esas circunstancias aumenta el riesgo de que se recurra a la utilización de mecanismos indeseables de compensación económica, como el trabajo infantil que trae deserción escolar". Ver CEPAL, *Población, salud reproductiva y pobreza*, Oranjestad Aruba, 1998, pp. 13 y 14 (Subrayado del sustentante).

De acuerdo con Julio Frenk, Director del Centro Economía y Salud, los cambios en el patrón epidemiológico están asociados con cambios en la dinámica de la población en los que se presenta una caída de la mortalidad sin que se haya dado un descenso en la fecundidad. Por ejemplo, el crecimiento de la población menor de 5 años que se registró de 1930 a 1970 ha dado lugar al fenómeno demográfico conocido como *envejecimiento de la población*; es decir, la proporción de niños empieza a disminuir, mientras que la proporción de adultos tiende a aumentar. Asimismo, la tasa de crecimiento que es el porcentaje en que aumenta la población anualmente, se ha calculado como promedio de 3 periodos de 20 años y 1 de 5: de 1930 a 1950, el promedio fue de 2.23%; de 1950 a 1970, y de 1970 a 1990, fue de 3.23% y 2.63%, respectivamente; mientras que de 1990 a 1995, el promedio es estimado en 2.08%. Así la tasa de crecimiento de la población decrece, de 3.23% en 1950 a 2.08% en 1995.

**Figura 1. Estructura de la población por edades en México 1950-2020**



Sin embargo, atender adecuadamente el incremento absoluto de la población de 2.8% constituye todavía por sí mismo un reto para los servicios de salud, reto que puede hacerse más

complejo debido al cambio en la estructura por edades que se prevé para las próximas décadas. Por ejemplo, la proporción de menores de 15 años descenderá de 39% en 1990 a 30% en el año 2020, aunque en términos absolutos experimentará un ligero aumento, de 31.7 a 33.4 millones. Ver figura 1

En el extremo opuesto, los mayores de 60 años duplicarán su número absoluto al rebasar los siete millones. Aunque los adultos no modificarán su participación en términos relativos, sí lo harán en términos absolutos al aumentar de 44.6 millones en 1990 a 70.5 millones en el 2020.

Lo mismo puede decirse de los nacimientos. Si bien la tasa de fecundidad seguirá descendiendo, el número absoluto de nacimientos se mantendrá elevado debido al alto número de mujeres que nacieron en la etapa de alta fecundidad. Lo que seguirá representando una fuerte presión para los servicios de salud.

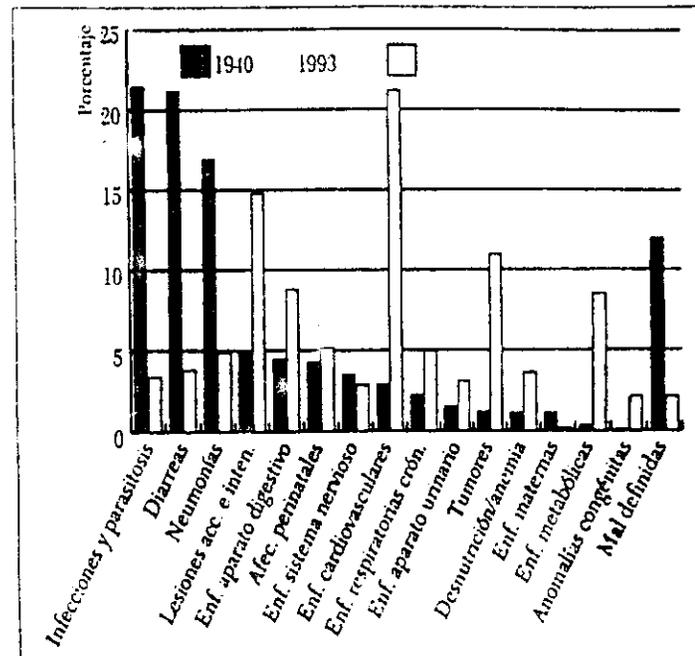
La principal característica de la mortalidad en México en los últimos años es su descenso constante. Entre 1895 y 1995, la tasa bruta de mortalidad cayó de 31 a 4.5 defunciones por cada mil habitantes vivos. En correspondencia con ello, se ha dado un incremento particular en la esperanza de vida; entre 1940 y 1995 ésta pasó de 40.4 a 69.8 años en los varones y de 42.5 a 76.2 años en las mujeres.

En la figura 2 se puede apreciar que en 1940 las infecciones y las parasitosis, las diarreas y neumonías ocasionaban el 60% de las defunciones; las enfermedades no transmisibles originaban 7%, las lesiones (accidentales e intencionales) 5%; 6% eran debidas a muertes perinatales, maternas y por desnutrición, y 12% a fallecimientos por causas mal definidas. Ver figura 2.

Para 1993 el panorama es completamente diferente: 62% de las defunciones se debió a enfermedades no transmisibles, perinatales, maternas y relacionadas con la desnutrición; 15% a las lesiones, y 2% a causas mal definidas. De seguir estas tendencias para el año 2020 las enfermedades transmisibles provocarán menos del 12% del total de las defunciones; las no

transmisibles 72%. v las lesiones. como ahora. entre 15 v 16%.

FIGURA 2  
CAMBIOS EN LA DISTRIBUCIÓN DE CAUSAS DE MUERTE EN MÉXICO  
1940-1993



Fuentes: Secretaría de Salud. Anuario Estadístico 1943. SSVDGEIE. Mortalidad 1993.

**II.1.2 Medición de la salud.** Como señala Frenk, la complejidad del panorama epidemiológico hace necesario contar con indicadores que permitan evaluar con mayor precisión la carga que la pérdida de la salud representa para la sociedad. En su estudio cita el indicador *Años de Vida Saludable (AVISA)*<sup>37</sup> que fue introducido por el Banco Mundial (BM) y la Organización Mundial

<sup>37</sup> Los AVISA permiten medir las necesidades de salud de una población, evaluar la efectividad de las intervenciones, restablecer prioridades de investigación y de atención, entre otras.

de la Salud (OMS), y se refiere a los años de vida que se pierden debido a muertes prematuras y a discapacidad.

Con base en este indicador, en México durante 1991 se perdieron alrededor de 12.8 millones de AVISA, es decir, 151 por cada mil habitantes. De ellos, 58% se debieron a muertes prematuras y 42% a discapacidades. Ciertamente, estas cifras cambian según los niveles de pobreza. En el medio rural, los AVISA perdidos por muertes prematuras ascienden a 62% y en el medio urbano disminuyen a 55 por ciento.

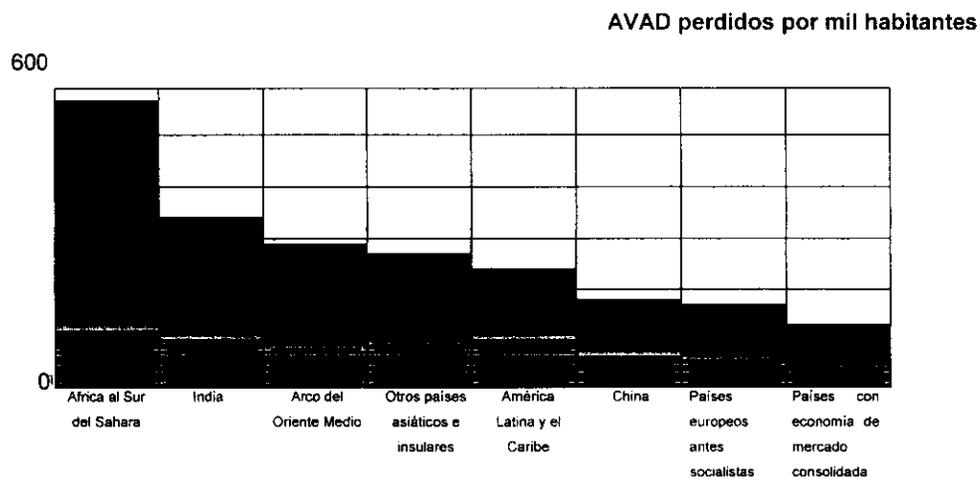
Para comprender mejor la pérdida global de AVISA se puede tomar como equivalencia el número de muertes infantiles. Según cálculos realizados por el Centro de Economía y Salud dependiente de FUNSAUD, cada muerte infantil equivale a 33 años de vida saludable perdidos, en promedio. Por lo tanto, para cubrir la cifra nacional de AVISA perdidos en 1991 se requerirían 387 mil muertes infantiles, es decir, cuatro veces más de las registradas en 1991 o un poco menos que la acumuladas en todo el país en los últimos cuatro años.

Ahora, si se echa un vistazo a este indicador entre varios países en el mundo, los datos son como se ilustra en la figura 3.

De entrada, como puede verse, la carga mayor de la morbilidad se localiza en los países pobres, pero la discapacidad representa un problema en todas las regiones. América Latina junto con el grupo de "otros países asiáticos e insulares", ocupa los niveles medios dentro del rango mundial, si bien se ubica más cercano a los grupos de países de menor pérdida de AVISA. Aunque los promedios del BM corresponden a 1990 y los estimados para México a 1991, si se los compara con los de América Latina, se tendría un nivel cercano al 66% en términos generales, con 151 y 230 AVISA, respectivamente.

En lo que se refiere a la proporción de la mortalidad prematura, ésta representaría para México un nivel más elevado que la cifra anterior de pérdidas de AVISA, al situarse alrededor del 80% con 87 pérdidas de AVISA frente a los aproximadamente 110 de la región latinoamericana.

**Figura 3.** Carga de la mortalidad atribuible a la mortalidad prematura y la discapacidad, por regiones demográficas, 1990



Fuente: Apéndice B del Informe 1993 del Banco Mundial

En cambio en la proporción de discapacidad el porcentaje es de 52%, al contarse con un dato de 63 pérdidas de AVISA para México y cerca de 120 para el promedio latinoamericano.

Por lo demás, en México la mayor pérdida de AVISA se da en el sexo masculino, independientemente del lugar de residencia, región y grupo de edad. El exceso de AVISA perdidos por el sexo masculino con respecto del femenino varía entre 30 y 60%, según la región. En las zonas más pobres la diferencial es más baja; no así en otras regiones. El número de AVISA perdidos por los varones fue de 7.6 millones mientras que las mujeres perdieron 5.2

En el análisis las causas de pérdida de la salud en el país se clasifican en tres grandes grupos:

- I. Enfermedades infecciosas y parasitarias, de la nutrición, perinatales y maternas;
- II. Enfermedades no transmisibles, y

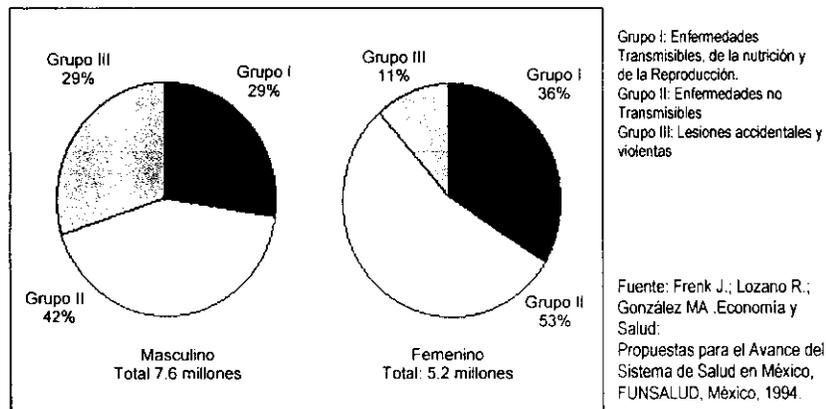
### III. Lesiones accidentales y violencias.

El grupo I representa el rezago, mientras que los otros dos se refieren a los problemas emergentes.

En la figura 4 se muestra que en los varones existe una distribución más o menos homogénea entre los tres grupos de causas, en cambio, para las mujeres existe un franco predominio de las enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción (grupo I) y de las enfermedades no transmisibles (grupo II).

La diferencia de la distribución se da sobre todo en el área de las lesiones (grupo III). Por cada AVISA que pierde una mujer a causa de lesión, los varones pierden cuatro. En cambio, para los grupos de enfermedades I y II, la pérdida de AVISA en los varones es sólo 20% mayor que en las mujeres.

Figura 4. Avisa perdidos por sexo y causas

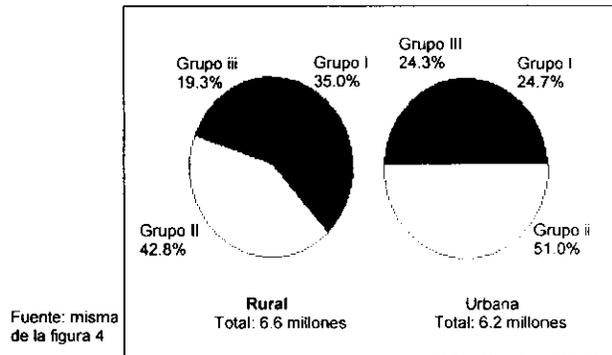


Al comparar el número de AVISA perdidos según el tipo de localidad (figura 5), se encontró que la cifra que representa el medio rural es 1.4 veces superior a la del medio urbano. De hecho,

esta diferencia se repite para todos los padecimientos con excepción de la diabetes, los tumores malignos, las enfermedades músculo-esqueléticas, los accidentes de vehículo de motor y la cardiopatía isquémica.

Figura 5

PORCENTAJE DE AVISA PERDIDOS POR LUGAR DE RESIDENCIA Y CAUSA



Las enfermedades propiamente rurales coinciden, sobre todo, con las del grupo I (diarreas, enfermedades de la nutrición, neumonías, parasitosis y enfermedades perinatales) y con algunos padecimientos de los grupos II y III (epilepsia, dependencia del alcohol, cáncer de estómago, asma, homicidios, sofocación y envenenamientos).

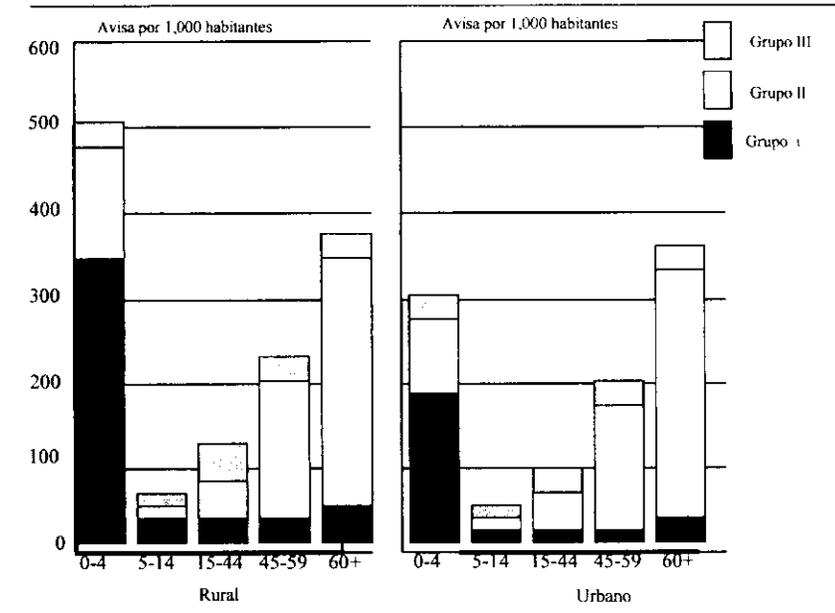
Por último, como se puede apreciar en la figura 6, la distribución del peso de la enfermedad por grupos de edad en el medio rural es diferente a la que se presenta en el medio urbano.

En el medio rural es mayor la pérdida de años de vida saludable en los niños menores de cinco años que en los adultos mayores de 60; en cambio, en el medio urbano la pérdida es mayor en los adultos mayores de 60 años que en los otros grupos de edad.

La distribución de AVISA por causas de enfermedad es diferente según sea el grupo de edad. En el caso de las enfermedades del grupo I, el mayor peso (70%) recae en los menores de

cinco años. Esta ventaja es palpable sobre todo en el medio rural. De hecho, la carga de enfermedad que los tres grupos de causas imponen a los niños del medio urbano es inferior a la que sólo el grupo I acumula sobre los menores de cinco años en el medio rural.

Figura 6. AVISA PERDIDOS POR GRUPO DE EDAD Y LUGAR DE RESIDENCIA, MEXICO 1991



Fuente  
Misma  
de la figura 4

**II.1.3. Problemas en el desempeño del sector salud.** Sin dejar de reconocer que los servicios de salud son sólo una parte de las condiciones para una buena salud, es indiscutible que tienen una importante contribución a ello. Tanto así que de no atender los problemas de este sector no únicamente se perdería lo ganado contra las enfermedades sino que se tendría un retroceso de consecuencias lamentables.

Por ello, y dado que esta tesis se orienta en parte al estudio del desempeño de este sector, consideramos su problemática como parte fundamental de un diagnóstico de la salud en México, pese a que no sea en la forma de un tratamiento exhaustivo sino tan sólo una referencia a los problemas más importantes de los servicios que en sí, y por otro lado, son expresión y resultado del contexto económico y social de nuestro país.

Siguiendo el orden de ideas previo se tiene que

“ la inversión productiva en servicios de salud equitativos, eficientes y de buena calidad tiene un efecto positivo sobre toda la actividad económica, pues incrementa la calidad del capital humano, mejora la productividad y la competitividad, genera empleo, alienta la investigación científica y estimula la innovación tecnológica, además, de que es una condición para que exista una auténtica igualdad de oportunidades (...) La atención a la salud representa una de las piezas fundamentales en el combate contra la pobreza, y en contraste el gasto improductivo en la salud tiene un efecto negativo sobre la economía pues agrava la inflación, reduce la productividad y la competitividad, que genera desigualdad y distrae recursos para el bienestar...”<sup>38</sup>

Según el informe del Centro de Economía y Salud, la problemática que obstaculiza un desempeño con eficiencia de la atención a la salud estriba en una buena parte en la inequidad, dado que los recursos y servicios de salud no están siendo asignados según las necesidades de la población, incluso aquellos cuyo acceso universal sería de beneficio a toda la sociedad.

Se estima que entre 7 y 10 millones de mexicanos carecen de acceso a los servicios básicos de salud. Esto último aunado a la insuficiencia de recursos que las instituciones padecen crónicamente y que les impiden cumplir con las metas que se han propuesto, determinan la complejidad de la situación en que se encuentra la salud en los países como México.

En ese sentido se pueden observar diferencias notables. Por ejemplo, aunque en México el gasto por persona expresado en dólares osciló entre 185 y 220 en 1992, frente al promedio de América Latina y el Caribe que destinan 121 dólares en 1993, los antiguos países socialistas

---

<sup>38</sup> FUNSALUD, A.C., 1994, op. cit., pp. 38-39

de Europa destinan 1340, y el promedio mundial es de 323. Esto es en cuanto al gasto per cápita.

Por lo que se refiere al gasto total en salud y al gasto público en salud como porcentajes del PIB, las proporciones son de 5% en México y la región latinoamericana frente a un promedio mundial del 8 por ciento,<sup>39</sup> para el primer caso, y de 2.5% en México (2.2% para América Latina y el Caribe) frente al promedio mundial de 4.9% para el caso del gasto público. Como puede verse, los porcentajes de México y Latinoamérica corresponden a más o menos la mitad del promedio mundial pero, según el informe del Banco Mundial 1993, son superiores o semejantes al de las otras naciones de similar nivel de ingresos. Por otra parte, alrededor de 90% del gasto mundial en salud es efectuado por las economías de ingreso alto incluidos los países de la OCDE.<sup>40</sup>

Para 1994 el sistema de salud mexicano absorbió ya 6.5% del PIB, en una proporción que se componía de 50% para el sector público y para el sector privado cada uno. La ineficiencia es otra problemática del sector. Se gasta en programas que no rinden un impacto sobresaliente en la salud de la población, a la vez que se desperdician recursos por falta de capacidad gerencial.

Un claro ejemplo se tiene en el caso de los recursos materiales y humanos. En ciertos rubros, como las camas de hospital y el número de enfermeras, se tiene una escasez relativa que se suma a su desigual distribución entre las diversas instancias de atención, públicas para no asegurados, de seguridad social y privadas. Ver cuadro 2.

---

<sup>39</sup> CEPAL/OPS, op. cit., p. 14

<sup>40</sup> Ibid, p. 15. Sin embargo, como interpretan la CEPAL y la OPS, la comparación de la región de Latinoamérica y el Caribe con el resto del mundo, indica una situación no muy desfavorable para la región como un todo, puesto que derivado del análisis de los datos mencionados, se debe aumentar su gasto global en salud y aumentar la eficiencia así como reforzar el esfuerzo por parte de los gobiernos en la materia para mejorar la situación de la salud, la cual, de darse, conllevará un efecto de mejora en la equidad y en la productividad que la ubique en un nivel más próximo al del resto del mundo.

Cuadro 2. RECURSOS FÍSICOS Y HUMANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD MEXICANO, 1993

RECURSOS	INSTITUCIONES			
	Públicas para no asegurados	Seguridad social	Privadas	Total
Hospitales	404	443	550	1397
Camas de hospital	32586	40097	19784	92467
Clínicas y centros de salud	10886	3147	2173	16206
Médicos por trabajo principal	33865	61900	47641	143496
Enfermeras	60513	94339	25433	180285

Fuentes: SSA, Instituto Nacional de Salud Pública, *Encuesta Nacional de Empleo Médico*, Boletín de Información Estadística No. 13, México, 1993.

Si bien la oferta de médicos ha aumentado a un ritmo mucho mayor que el de la población general y el de las instituciones de salud, el resultado ha sido que cerca de la quinta parte de los 175 mil médicos mexicanos se encuentren inactivos, sub ocupados o desempleados.

**Inadecuada calidad e insatisfacción por los servicios.** Existe amplia evidencia sobre la falta de capacitación del personal así como carencias organizacionales, produciendo con gran frecuencia resultados de la atención que están por debajo de los estándares aceptables. Debido a ello la población no está recibiendo los servicios a la altura de sus expectativas, yendo en la búsqueda de servicios alternativos a un costo mayor, o bien al rechazo de importantes servicios de salud pública.

En el desempeño del sector salud existen otros problemas que señala el Centro de Economía y Salud en el informe citado, tales como los intereses gremiales de los sindicatos --que no se tocan aquí por no ser el objeto de análisis de esta tesis. Sin embargo, la interacción de varios de estos elementos económicos sociales y administrativos han venido a conformar como otra de sus características a partir de la Revolución Mexicana, la estructura de sistema de salud en la cual las instituciones que se agrupan básicamente en tres formas de servicios:

- Gubernamental, representado por la Secretaría de Salud y por los servicios médicos del Distrito Federal;

- Instituciones de Seguridad Social, integradas fundamentalmente por el IMSS y el ISSSTE y los servicios que prestan PEMEX, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina; y
- Sector privado, constituido por individuos y grupos privados.

Las tres formas de prestación de servicios (...) responden a principios diferentes, los de la Secretaría de Salud y del Departamento del Distrito Federal, se atienen al principio igualitario de que la salud es un derecho de todos los mexicanos; los servicios que prestan las instituciones de Seguridad Social se basan en el derecho gremial a recibir protección social entre los que se cuentan los servicios de salud y, por último, el ejercicio privado de la medicina, apoyado en leyes de libre oferta y demanda, se proporciona bajo la vigilancia de la Secretaría de Salud (...). Hasta 1943, los servicios médicos y sanitarios del país estuvieron a cargo, básicamente, del equivalente de la Secretaría de Salud, ya que esta última con el nombre de Secretaría de Salubridad y Asistencia, fue creada en 1945, y de los establecimientos privados. A partir de 1944 y 1960 entran en escena el IMSS y el ISSSTE, respectivamente.<sup>41</sup>

Desde 1917 y hasta 1982, la política de salud conducida por el Estado se distingue en su evolución por su abundancia de acciones desarticuladas y la ausencia de una concepción coherente con relación a un sistema nacional de salud propiamente dicho--dado que los servicios del IMSS, ISSSTE y DIF no estaban agrupados--, hecho que compartió ese rasgo con otros ámbitos del desarrollo nacional.<sup>42</sup>

Por último, otra de las características de los servicios es que hasta el final de la década de los ochenta la estrategia básica del sistema de salud estuvo basada en un modelo de atención curativo, el cual siguió el ejemplo de los países desarrollados, pero que en los años noventa esta estrategia deja de crecer y se adopta un modelo de atención preventiva, alentado por instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM), entre otras, como veremos a continuación y que en buena medida son explicación de la evolución de la atención de la salud y de los resultados obtenidos descritos renglones arriba.

---

<sup>41</sup> INEGI, 1994, pp 165-166

<sup>42</sup> Lechuga, Jesús y Chávez, Fernando, 1989, p. 391

## **II.2 Conferencia Internacional de ALMA ATA sobre Atención Primaria de Salud ( y el acuerdo mundial sobre salud para todos en el año 2000)**

El reporte 1999 de la Organización Mundial de la Salud señala la importancia que el Flexner Report (USA, 1910), el Dawson Report (UK, 1920), el Beveridge Report (UK, 1942) y sobre todo la Declaración de Alma Ata han tenido para el cambio y mejoramiento de los sistemas de salud en el mundo.

Con respecto a esta última, se dice que del 6 al 12 de septiembre de 1978 se llevó a cabo en Alma Ata URSS, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de salud, de cuyo resumen y recomendaciones se cita lo siguiente:

La Conferencia estimó que la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familias de toda la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función principal y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria.

La Conferencia reiteró que los gobiernos tienen la obligación de cuidar de la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas y equitativamente distribuidas. La atención primaria de salud, como parte del sistema nacional de asistencia sanitaria completa, representa un gran paso hacia el logro de esos objetivos sanitarios y sociales fundamentales.

El criterio de la atención primaria de salud es esencial para alcanzar en todo el mundo y en un futuro previsible un nivel aceptable de salud que forme parte de un desarrollo social inspirado en la justicia social. Así se hará realidad el objetivo de lograr la salud para todos en el año 2000.

La Conferencia examinó las estrechas relaciones y la interdependencia que existen entre la salud y el desarrollo social y económico, ya que con la salud mejoran las condiciones y la calidad de la vida y al mismo tiempo aquélla depende del progresivo mejoramiento de éstas. (...) es parte integrante del proceso de desarrollo socioeconómico. Por consiguiente, las actividades del sector de la salud deben estar coordinadas en los planos nacional, intermedio y de la comunidad o local con la de otros sectores sociales y económicos, como la educación, la agricultura, la zootecnia, el abastecimiento doméstico de agua, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y la industria. Las actividades sanitarias deben emprenderse al mismo tiempo que otras medidas como las adoptadas para mejorar la nutrición, en particular la de los niños y las madres; incrementar la producción y el empleo; y proteger y mejorar el medio ambiente.

La Conferencia señaló la necesidad de una distribución equilibrada de todos los recursos disponibles, y en particular de los recursos públicos, de manera que se preste una atención apropiada a los grupos de población desfavorecidos en materia de atención primaria de salud y desarrollo en general.

La atención primaria de salud exige la aplicación de tecnología apropiada para la salud, que la población pueda utilizar y costear, incluido el suministro suficiente de medicamentos esenciales baratos y de buena calidad, vacunas, productos biológicos y otros materiales y equipos, así como servicios auxiliares de salud que funcionen eficazmente como centros de salud y hospitales.

Es preciso proseguir la elaboración de indicadores para la planificación, ejecución y evaluación de la atención primaria de salud, inclusive indicadores para la participación y la autoasistencia de la comunidad.

Cada nación debe ahora responder comprometiéndose con firmeza y de manera constante a aplicar la atención primaria de salud en todos los escalones gubernamentales y de la sociedad. Ese compromiso debe quedar claramente expresado como parte integrante del sistema nacional de asistencia sanitaria y de otros sectores del desarrollo social y económico. Los gobiernos deben hacer participar a la población en ese compromiso.

La Conferencia instó a la OMS y al UNICEF a estimular y apoyar estrategias y planes nacionales de atención primaria de salud como parte esencial del desarrollo general (...) movilizar recursos internacionales para acelerar el desarrollo de la atención primaria de salud. La Conferencia Internacional de ALMA ATA sobre Atención Primaria de Salud, sus acuerdos y compromisos como los que se acaban de citar, constituyen las bases sobre las que se funda la política de salud de muchos países, incluido el nuestro; por espacio de más o menos dos décadas a partir de 1978. Su importancia, según el Reporte de 1999 de la OMS radica en que proporcionó al mundo el primero modelo de sistema de salud que asumió el acceso universal a la salud no obstante que los resultados y recomendaciones de esta Declaración estaban dirigidos a los responsables de las políticas públicas en cada país.

Los resultados a que ha dado lugar la puesta en práctica de esta política son, según las palabras de la Dra. Gro Harlem Brundtland Directora actual de la OMS, asombrosos, pero no cumplidos en su totalidad, en lo que se refiere a "la salud para todos en el año 2000", debido al surgimiento de las nuevas necesidades de salud que su éxito tuvo en la población. En ese sentido, como indica en su mensaje la titular de esa institución, en *The World Health Report* 1999, la salud para todos sigue siendo el objetivo para el siglo XXI, ya que existen más de 2 billones de personas sin recibir los beneficios del progreso en el campo de la atención de la salud y en el nuevo siglo requiere en las nuevas condiciones de tener que afrontar nuevas enfermedades, de un liderazgo del Estado. Hechos a los cuales hacia referencia, por su parte, el Director del Centro de Economía y Salud para el caso de México en donde también se han registrado muchos logros y avances con la puesta en práctica de la política de salud de las últimas décadas, pero en donde prevalecen la situación de más de 7 millones de personas que no reciben los beneficios de esas mejoras.

### II.3. Comparación entre América Latina con el resto del mundo.

Si se abunda en información descriptiva de los avances logrados con la aplicación de políticas como las derivadas de la Declaración de Alma Ata, haciendo referencia a la caracterización de la problemática que prevalece ya casi en el año 2000, así como citar algunas de las propuestas de solución de la CEPAL y la OPS al rezago en salud, comparemos México, América Latina y el resto del mundo en cuanto a indicadores 1993, de mortalidad general y de esperanza de vida al nacer.

Se tiene que mientras en la región latinoamericana se registraron 44 por mil nacidos vivos, en México se tuvieron 35, indicador que es mayor y que sigue ubicando a nuestros países muy en desventaja con respecto de los países de ingresos altos y los miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (8 por 1000 nacidos vivos en ambos casos). En cambio, es inferior al promedio mundial (53 por 1000) y al de otras áreas geográficas con excepción de Europa y Asia Central con un nivel de ingreso equivalente.

En mortalidad general por regiones América Latina ostenta la menor tasa promedio junto con los países del Asia Central y del Pacífico con un nivel de ingresos equivalente (7 por 1000 habitantes) lo que se debe a la etapa de transición demográfica en que se encuentra; México por su parte, registra una tasa de 4.5.

En relación con la esperanza de vida al nacer en América Latina (68 años) México se ubica cerca de los 70 años, situación similar a la de la mortalidad infantil, dado que es inferior a la de los países de ingreso alto y los miembros de la OCDE (77 años), pero supera la de las otras áreas geográficas e incluso el promedio mundial de 66 años.<sup>43</sup> Ver cuadro 1

---

<sup>43</sup> CEPAL/OPS. op. cit. p 13

**Cuadro 3. COMPARACIÓN ENTRE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y EL RESTO DEL MUNDO INDICADORES DE SALUD Y DESARROLLO**

GRUPOS DE PAÍSES POR NIVELES DE INGRESOS	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (a)	MORTALIDAD GENERAL (b)	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (c)	PRODUCTO PER CÁPITA (d)
Países de ingreso bajo y mediano	61	10	64	1010
Países de ingreso bajo	71	10	62	350
Países de ingreso mediano	38	8	68	2480
Países de ingreso mediano gravemente endeudados	48	8	67	2350
Países de ingreso alto	8	9	77	21050
Miembros de la OCDE	8	9	77	21530
Países de ingreso medio bajo				
Africa al sur del Sahara	104	16	51	350
Asia oriental y del Pacífico	42	7	68	650
Asia meridional	92	11	59	320
Europa y Asia central	26	10	70	2670
América Latina y el Caribe	44	7	68	2390
Oriente Medio y norte de África	60	8	64	1940
Todo el mundo	53	9	66	4010

Fuente: Banco Mundial, Informe sobre el desarrollo mundial, 1993, Invertir en Salud, Washington, D.C., 1993.

a Tasa de mortalidad infantil de 0 a 1 año por 1000 nacidos vivos

b Mortalidad general por 1000 habitantes

c Esperanza de vida al nacer en años

d Producto per cápita, en dólares de 1991

En cuanto a la heterogeneidad entre los países de Latinoamérica,<sup>44</sup> los procesos referidos han incidido en ritmos diferentes de crecimiento demográfico, así como de la demanda por salud, misma que la CEPAL y la OPS clasifican en tres categorías, de la siguiente forma:

**Grupo A**, países en que la transformación de la demanda de salud se inició en los años cincuenta (Argentina, Uruguay, Chile, Costa Rica y el Caribe de habla inglesa). Son países con población eminentemente urbana y cuentan con acceso a los servicios de atención primaria a la salud. Cuentan con una tasa de natalidad estable lo que se traduce en un aumento de la proporción de habitantes correspondiente a los grupos con menor riesgo de muerte (15-44 años); las muertes se concentran en el grupo de 65 años y más. Logran que la población ocupada total y la que se encuentra en el sector informal aumenten a un ritmo mayor al que lo

<sup>44</sup> Por la heterogeneidad ilustrada antes en el caso de México, se observa también que esta se da entre los grupos de países.

hacen los demandantes de servicios de salud, ello debido a que el grupo socialmente mayoritario tiene un riesgo de enfermedad relativamente bajo.

**Grupo B**, países en que la transformación de la demanda de salud se inició en los años sesenta (México, Colombia, Venezuela, Brasil). Los trabajadores del sector urbano informal y rural tradicional conforman el segmento mayoritario de la fuerza de trabajo. En estas ocupaciones se concentra el 50% o más de la población no cubierta por los servicios de salud, que carecen de saneamiento básico y sufren de desnutrición. En México, la mortalidad es similar en los distintos grupos de edad, de aproximadamente 33% entre niños y adolescentes (0-14), adultos (15-64) y senescentes (65 y más). Esta distribución se relaciona con las brechas sociales y espaciales; la mayoría de las muertes de mayores de 65 años corresponde a población urbana no pobre en tanto que las de menores de 5 años se producen en hogares pobres de áreas que no forman parte de las grandes ciudades. Casi la mitad de la población muere antes de los 44 años.

**Grupo C**, países en que la transformación de la demanda de salud se inició a fines de los setenta (Guatemala, Bolivia, Haití, Honduras y Nicaragua). La mayoría de la población es rural o habita fuera del radio de acceso a los servicios de salud. El 40% de las defunciones se producen antes de que las personas alcancen la edad de trabajar y especialmente entre menores de 5 años. La alta tasa de fecundidad de las mujeres explica en gran parte la morbilidad y mortalidad infantiles. En su mayoría carecen de saneamiento básico, sufren de carencias nutricionales y viven en zonas expuestas a enfermedades endémicas (malaria, chagas, etc.). El bajo nivel de salud de la población en edad de trabajar y su escasa instrucción contribuyen a la persistencia de bajos niveles de productividad. Por tanto, la salud es un determinante básico de la pobreza masiva que, a su vez, contribuye a las precarias condiciones de salud. Hay muchos demandantes en comparación con los contribuyentes, lo que incide negativamente en el financiamiento pero, en cambio tienen la ventaja de que las enfermedades predominantes se pueden prevenir y curar a bajo costo. La transición que conduzca a menores tasas de fecundidad, morbilidad y mortalidad de los grupos más vulnerables (menores de 5

años y mujeres en edad fértil) puede ser más rápida que el aumento del ingreso y del empleo de la población en edad de trabajar.

No obstante la agrupación por categorías de países y de nivel de ingreso similar, existen diferencias notables al interior de cada una de ellos. Esta situación guarda relación estrecha con el grado de equidad y con el nivel de desarrollo alcanzado. Como ejemplo se tiene a Chile y Costa Rica en donde las tasas de mortalidad infantil (TMI) estimadas para 1990 eran de 20 por cada mil nacidos vivos (NV), en tanto que en Venezuela, Colombia y México eran superiores a 35 por mil, y en Brasil superiores a 60 por mil (NV).

Por otra parte, en los países de mayor nivel de ingreso y mayor desarrollo social la mortalidad estimada de menores de 15 años constituye menos del 10% de la mortalidad estimada total, mientras que más del 70% corresponde al grupo de 45 años o más. En cambio, en los países con menor desarrollo económico y social en la región, la mortalidad de los menores de 15 años representa generalmente más del 50% del total y la de los mayores de 45 menos del 40%.<sup>45</sup>

En general, los cambios en el perfil epidemiológico por los que atraviesan los países latinoamericanos se caracterizan por la paulatina reducción de las muertes evitables, sobre todo de menores de 15 años de edad, en tanto que se está incrementando la importancia relativa de la mortalidad de grupos de edad avanzada por causas que es más difícil evitar, como es el caso de las enfermedades crónicas y degenerativas.

En esta problemática de la transición epidemiológica y de superación del rezago en la atención, en su nexo con el desarrollo económico y social, lo que se ha hecho urgente es innovar - reformar- en la organización y la modalidad de desarrollo de los sistemas de salud latinoamericano y su financiamiento, buscando contribuir en forma simultánea a la equidad y al aumento de la productividad de modo que se logren niveles más cercanos a los alcanzados por

---

<sup>45</sup> CEPAL/OPS, op. cit. p 19

países como los de la OCDE. Al respecto, la CEPAL y la OPS,<sup>46</sup> proponen las siguientes medidas por grupo de países latinoamericanos:

Los países del Grupo A, deben mantener y profundizar sus políticas sociales y preparar al sistema para responder a una demanda que exigirá gastos crecientes en atención de la salud, debido al tipo de necesidades y problemas que enfrentará en los próximos años.

En el Grupo B, en el que se encuentra México, es prioritario superar las inequidades en lo que respecta a las condiciones de vida y de trabajo e incorporar a la población marginada, para así poner fin a la dualidad del sistema vigente. Deben lograr una cobertura universal básica y progresiva de los servicios de salud y saneamiento básico que constituyen áreas en que las inversiones en capital humano son más eficaces que otras medidas de política social en términos de costos y de equidad. Se recomienda extender la cobertura de los servicios de saneamiento básico para reducir el número de muertes evitables, así como enfrentar la contaminación hídrica y del aire.

Por último, en el Grupo C se debe ampliar la cobertura de la atención primaria de la salud, otorgando prioridad a la salud primaria, saneamiento básico y la nutrición para modificar considerablemente el perfil de salud.<sup>47</sup>

A este respecto, el señalamiento de la CEPAL y la OPS es en el sentido de recomendar invertir en salud como lo han hecho los países desarrollados, en donde por su impacto en los costos y en la equidad mediante una eficaz asignación de los recursos y una eficiencia microeconómica en su uso, ha incidido en los servicios de salud.

Estas organizaciones interpretan el resultado de la comparación de la región de Latinoamérica y el Caribe con el resto del mundo, como una situación no muy desfavorable para la región como un todo, puesto que derivado del análisis de los datos mencionados y los indicados en el cuadro, se debe aumentar su gasto global en salud y aumentar la eficiencia así como reforzar el

---

<sup>46</sup> En el siguiente punto se citarán las propuestas específicas del Banco Mundial en este rubro.

esfuerzo por parte de los gobiernos en la materia para mejorar la situación de la salud, la cual, de darse, conllevará un efecto de mejora en la equidad y en la productividad que la ubique en un nivel más próximo al del resto del mundo.

---

<sup>47</sup> CEPAL/OPS, op. cit p. 28

### **III. INVERSIÓN PÚBLICA EN SALUD Y ANÁLISIS DE LA POLÍTICA DE SALUD EN EL ISSSTE**

Después de revisar en el capítulo anterior, entre otras cuestiones, la Declaración de Alma Ata y de reconocer los logros alcanzados por los países participantes con la aplicación de sus acuerdos a partir de 1978, pero sobre todo una vez reconocidos sus limitados alcances ante la nueva situación que esas mismas políticas generaron y de donde se desprenden toda una serie de tareas y desafíos para el futuro, tal y como es señalado por la dirección de la OMS, en este capítulo se incluyen las líneas de solución propuestas por el BM y la OMS, el análisis de la inversión pública en salud en México en los últimos años, y la identificación por comparación del tipo de política seguido por el gobierno en la actualidad en este campo. Es decir, se trata identificar la política de salud seguida por el gobierno, --en el ISSSTE como institución de salud encargada de la atención de los servidores públicos--, a partir de 1995, así como de analizar sus resultados desde la perspectiva de la Teoría de Capital Humano como hemos venido haciendo.

#### **III.1 Políticas de inversión en salud recomendadas por el Banco Mundial**

Ante las dificultades de financiamiento y de organización de los servicios de salud que la transición demográfica y epidemiológica generó y que han impedido alcanzar el objetivo central de "Salud para todos en el año 2000", planteado por la conferencia de Alma Ata a partir de 1978, el Banco Mundial propone a través de su informe 1993, la estrategia de Invertir en Salud, con la cual se busca incidir en forma más eficaz en la cuestión sanitaria, dedicando al mismo tiempo mayor atención a la cuestión económica con que se haya relacionada según ha quedado establecido en los capítulos previos, y que permita aliviar el problema de la pobreza de los países en desarrollo.

La OMS, por su parte, en su Reporte de 1999 basa la nueva estrategia de salud para todos o nuevo universalismo en salud para el siglo XXI, en la afirmación de que "si los servicios han de

ser provistos a todos entonces no todos los servicios pueden ser provistos"<sup>48</sup>. Junto a este concepto de nuevo universalismo hay toda una gama de nociones inherentes, tales como el de un sector privado participativo, la intervención de un sector público regulador de un mercado de la salud y solidario con los más pobres, compra-venta de seguros, etc., conceptos que ya planteaba el BM.

La situación de la salud en México dentro del contexto mundial y latinoamericano referido en el capítulo dos, hace evidente el gran reto. La pregunta clave es si los sistemas de salud, con los arreglos institucionales surgidos hace medio siglo, serán capaces de responder con su transformación y satisfacer los nuevos requerimientos del contexto de un orden capitalista definido como neoliberal.

En el planteamiento del BM se incluye la consideración de que el Estado debe intervenir en forma directa en la política social mediante la inversión en capital humano, así como dar participación al capital privado, de modo que sean el medio que en el largo plazo permita lograr un desarrollo como el que se ha logrado en los países de economía consolidada.<sup>49</sup> En la figura 7, extraída del informe 1993 del Banco Mundial "Invertir en salud"<sup>50</sup>, se presenta en forma resumida el contenido de las propuestas, así como su contribución al logro de los objetivos de mejorar la salud en los países en desarrollo.

Si se observa con detenimiento las propuestas del BM, resalta la realización de varias acciones simultáneas a cargo del gobierno y del mercado, cuya resultante deberá ser el activo productivo de una mejor salud, poniendo énfasis en acciones que inciden en el campo de lo económico (costos, empleo, productividad, como es el caso de "mejorar la gestión de los servicios de salud estatales"), político (como el de proteger los derechos y condición de las mujeres, facultándolas política y económicamente y dotándolas de protección legal frente abusos) y social (como el de

<sup>48</sup> Organización Mundial de la Salud, 1999

<sup>49</sup> Desde luego, respecto a la propuesta de invertir en salud debería de tenerse siempre presente que, como ya ha sucedido en otros intentos similares, para obtener el éxito que los países desarrollados han logrado no será suficiente con aplicar esa sola medida ni siquiera durante el largo plazo. Será necesario, entre otras cosas, tomar en cuenta las condiciones específicas en que se aplica la propuesta y poner en marcha más acciones a invertir en otras formas de capital humano, compatibilizando con las tendencias, características, ritmos, etc. que permitan el logro buscado. De no proceder así es dejar en el olvido las enseñanzas de la historia y es exponerse a repetir los mismos errores.

Figura 7. "INVERTIR EN SALUD". CONTRIBUCIÓN DE LA REFORMA DE LAS POLÍTICAS AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS FIJADOS PARA EL SECTOR SALUD

Objetivos y políticas gubernamentales	Contribución al logro de los objetivos		
	Mejora las condiciones de salud	Facilita llegar a los desfavorecidos	Contiene los costos
<b>Fomentar un entorno que permita a las unidades familiares mejorar su salud</b>			
Seguir políticas de crecimiento que beneficien a los pobres	■		
Ampliar las inversiones en educación, en particular para las niñas			
Proteger los derechos y la condición de las mujeres, facultándolas política y económicamente y dotándolas de protección legal frente abusos			
<b>Mejorar el gasto público en salud</b>			
Reducir el gasto público en centros asistenciales de nivel terciario, formación de especialistas y servicios de escasa eficacia en función de los costos			■
Financiar y asegurar la adopción de un conjunto de medidas de salud pública, incluida la prevención del SIDA	■		
Financiar y asegurar la prestación de un conjunto de servicios clínicos esenciales	■	■	
Mejorar la gestión de los servicios de salud estatales			■
<b>Promover la diversidad y la competencia</b>			
Alentar la oferta de seguros sociales o privados (con controles e incentivos para fomentar la equidad y la eficiencia) que cubran los servicios clínicos no incluidos en el mínimo esencial.			■
Alentar la competencia en la prestación de los servicios clínicos (incluidos los financiados con fondos públicos)			
Difundir información sobre desempeño de los que prestan servicios y sobre los costos de estos			

Muy considerable ■ Considerable ■ Moderada □ Ninguna contribución □

Fuente: Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, Invertir en salud* (resumen), Washington, D.C., p.14

"ampliar las inversiones en educación, en particular para las niñas", "mejorar el gasto público en salud", "seguir políticas de crecimiento que beneficien a los pobres" y "fomentar un entorno que permita a las unidades familiares mejorar su salud").

En el aspecto financiero el gobierno parece ser el de menor participación en los gastos, a diferencia de lo sucedido en el pasado en donde el énfasis recayó en ese aspecto e hizo que la crítica calificara a aquellas medidas como economicistas por haber hecho depender en demasía el éxito de los programas de los montos invertidos.

<sup>50</sup> Banco Mundial, 1993

Destaca así mismo, que la intervención del Estado es propuesta sólo en aquellos rubros en donde su participación es eficiente, tales como invertir en acciones de salud pública que atienda externalidades como las campañas de vacunación o contra las enfermedades infecciosas y en la generación de información diversa relativa a la operación del sistema de salud, con lo cual estaría equilibrando las imperfecciones de un mercado que en el caso de México es oligopólico. Así como mejorar la gestión de los servicios de salud a cargo de un Estado moderado en su intervención, y la inclusión de otras formas de capital humano como es la educación.

En particular para los fines de esta tesis, cabe subrayar lo relativo al segundo punto, "mejorar el gasto público en salud" lo cual puede interpretarse como una recomendación de atender sobre todo la asignación en forma eficiente para la salud los recursos disponibles, al decir que se reduzcan las erogaciones en establecimientos de nivel terciario, la formación de especialistas y las intervenciones que aportan escasa mejora a la salud en relación con los fondos gastados. Por su parte, en ese sentido, la CEPAL propone el financiamiento y prestación asegurada de un conjunto de servicios clínicos esenciales y eficaces, en función de los costos, los cuales reportan un mayor beneficio de salud para la población más pobre.

La inversión en salud propuesta por el BM incorpora además de la modalidad de salud del capital humano, las que se refieren a la educación así como la asistencia jurídica y económica a grupos vulnerables, particularmente las mujeres y niñas.

En tanto medida de política, la inversión en salud deberá sujetarse a las condiciones de cada país por parte de su gobierno, el cual con mayor o menor participación del capital privado y los particulares, decidirá el nivel óptimo de bienestar (paretiano?) a lograr en cada uno de los subsistemas del sector salud nacional.<sup>51</sup>

Es claro que más que excluir la intervención del Estado en materia de salud, es definir los espacios en que puede y debe hacerlo. Se requiere más bien racionalizar y hacer selectiva que

---

<sup>51</sup> En México, como se citó en el punto anterior, se cuenta con un Sistema Nacional de Salud plurinstitucional, el IMSS, que atiende a los trabajadores asalariados; el ISSSTE, que atiende a los trabajadores del Estado, y la Secretaría de Salud y DIF a la población abierta. El sistema es coordinado por la Secretaría de Salud, -antes Secretaría de Salubridad y Asistencia.

no generalizada dicha intervención, al mismo tiempo que se reconoce la necesidad de un órgano público que establezca reglas de operación y de acciones que equilibren el mercado de la salud y oriente su impacto hacia el logro de un mayor desarrollo económico y social del país.

Pero, a ese respecto, ¿cuál ha sido la acción del gobierno mexicano en materia de gasto público en salud, y cuáles sus políticas de referencia en los últimos años? ¿Cómo venía siendo su comportamiento hasta antes de 1995, año en el que da inicio la aplicación de las primeras medidas, posiblemente basadas en las recomendaciones del BM de 1993? o quizá aún, ¿la continuación de las políticas derivadas de la Declaración de Alma Ata? ¿Cómo está siendo ese gasto público después de 1995? ¿Cuáles son los cambios que han habido en términos de montos y asignación por nivel o tipo de atención? Veámoslo en los siguientes puntos.

### III.2 Inversión pública en salud en México antes de 1993 y después hasta 1998<sup>1</sup>

En esta tesis se analiza la inversión pública en salud, desde la perspectiva de capital humano dentro del propio gobierno, a partir de 1995 —esto es, en el ISSSTE que es la institución que provee los servicios médicos a los trabajadores del Estado. Con el análisis de programas como el de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, y el de Modernización de la Administración Pública (PROMAP<sup>52</sup>), el sustentante pretende argumentar en favor de la inversión en salud como una estrategia idónea para lograr el reto de modernizar la Administración Pública mexicana en la actual coyuntura de competitividad mundial, a través de mejorar la salud y productividad de los servidores públicos; salud y productividad que son algunos de los más importantes conceptos en que se ha hecho radicar la solución de los problemas del desarrollo de los países en el presente.

Una de las razones que motivan la elección del análisis de los programas del ISSSTE y no los del IMSS o de la SSA, es el hecho de considerar que la modernización del país debe iniciarse por el área de mando, —como también lo sugiere la Directora de la OMS en su Informe 1999—, lo cual implica un liderazgo y el poner ejemplo en sus diversos ámbitos (en este caso la salud), de la efectividad que deben lograr las demás organizaciones públicas y privadas como parte de la actuación competitiva nacional frente al resto de las economías en el mundo.

En consecuencia, se busca responder, entre otras, a cuestiones como la de si las medidas adoptadas como la reducción del gasto se está traduciendo en una superación del “economicismo” y sub administración, problemas que han caracterizado a buen número de las acciones de ese instituto, y si con el Programa de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención a la Salud, se está logrando una mejor salud y mejor atención para los usuarios (los servidores públicos y sus familiares), mediante acciones preventivas, de modo que se lo pueda considerar como parte de una política acorde con la teoría del Capital Humano que propicie, que conlleve, una mayor productividad de los servidores públicos como procura el PROMAP y que podría

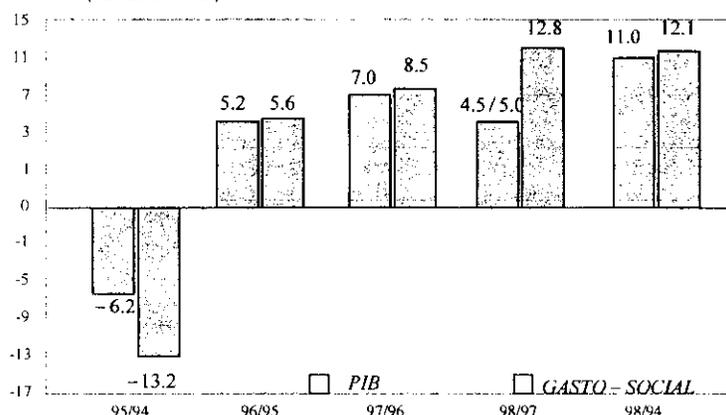
---

<sup>1</sup> Por motivo de que la conclusión de la tesis se efectuó hasta el año 2000 se incluye información disponible hasta el año de 1999.

<sup>52</sup> Poder Ejecutivo Federal, 1995

verse indicado, por ejemplo en servicios de mayor calidad, un menor ausentismo de los trabajadores, así como seguramente en un menor número de quejas por parte de los usuarios de los servicios. De acuerdo con estadísticas de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público,<sup>53</sup> emitidas en 1998, el gasto neto del gobierno registra un nivel del 22% del PIB, el más bajo desde 1982 (42%), hecho que ilustra, dice, los avances en la política neoliberal de reducción del gasto.

Figura 8. GASTO SOCIAL y PIB  
(variación real)



Fuente: SHCP

Es dentro de esta tendencia que la SHCP destaca el gasto social, en que se encuentra la educación, la seguridad social y la salud, como un rubro en el cual el gasto ha sido creciente como proporción del PIB en términos reales en los últimos 3 años, en que registró 8.5, 12.8 y 12.1 por ciento, respectivamente de 1996 a 1998. Ver Figura 8<sup>54</sup>

Los hechos señalados significan por comparación con el gasto programable de países como España, Chile, Estados Unidos y Francia que en nuestro país dicho gasto fue inferior al

<sup>53</sup> SHCP, 1998.

<sup>54</sup> *Ibid.* p. 58. Según la Secretaría de Hacienda el avance en el Proceso Presupuestario se expresa, adicionalmente, por el número de entidades paraestatales desincorporadas, las cuales han pasado de 1155 en 1982 a 189 en 1997. Así mismo, en 1998 se encuentran en proceso de desincorporación entidades públicas o servicios como aeropuertos, ferrocarriles, puertos, telecomunicaciones, petroquímica y distribución de gas natural, entre otras.

realizado por países con similar grado de desarrollo, así como el realizado por economías líderes,<sup>55</sup> en las que se alcanzaron en los años 1980 y 1995 los siguientes porcentajes en relación con el PIB:

*Cuadro 4. GASTO PROGRAMABLE EN VARIOS PAÍSES  
(porcentaje del PIB)*

PAÍS	1980	1995
México	24.6	15.8
España	26.8	39.4
Chile	28.0	19.5
Estados Unidos	22.1	22.9
Francia	39.5	46.8

Fuente: SHCP

Por lo que hace a la salud, en México como en general ocurrió en los países desarrollados hasta la década de los ochenta, la aplicación del modelo de atención fue predominantemente curativo. A partir de esa década, asimismo, este modelo deja de crecer y en su lugar es promovido el modelo de atención preventiva, el cual es propuesto por instituciones internacionales como la OMS, derivado de la Declaración de Alma Ata (1978), y a partir de 1993 con el Informe del BM con mayor énfasis en su aspecto económico, en respuesta a la crisis por la que atraviesan el conjunto de los países en desarrollo en la década de los noventa.

*Cuadro 5. LAS CUENTAS DE LA SALUD:  
GASTO PÚBLICO, MÉXICO, 1992-1997  
(precios constantes de 1993)*

AÑO	GASTO N\$ (millones)	TOTAL Dólares (1993=100)	GASTO por N\$	PERSONA Dólares (1993=100)	% del PIB
1992	32106	9729	370	112	2.6
1993	31698	9605	359	109	2.5
1994	34343	10407	382	116	2.6
1995	28530	8645	311	94	2.3
1996	27067	8202	290	88	2.2
1997/e	70976		740		2.2
1998	N.D.		N.D.		N.D.

1997: La cifra de la población considerada fue de 95.8 millones de habitantes.

PIB, 1'335,407.3 millones de pesos de 1993

Fuente: FUNSALUD para los años 1992-1996. Para 1997 y 1998, elaboración propia.

<sup>55</sup> *ibid*, p.42. En donde se indica que la información es con base en el Informe del BM 1997, pero que la cifra correspondiente a México es de la SHCP por no encontrarse disponible en las estadísticas del BM.

De acuerdo con el cuadro 5, el gasto público en salud en México expresa durante el periodo 1992-1997, una tendencia decreciente que se explica por la crisis de los años ochenta y la política señalada de reducción general del gasto público. La tendencia decreciente queda ilustrada por la proporción de ese gasto en el PIB y por el comportamiento del gasto per cápita expresado en dólares

FUNSALUD elaboró los indicadores de este cuadro para lo cual señala la aplicación de ciertos criterios, entre lo cuales figuran los gastos erogados en forma directa para la atención a la salud y excluyendo los demás. Como no señala con precisión cuáles son, ni cuántas las instituciones médicas objeto de su cuantificación, se presentan sólo cifras hasta 1996 y se complementa la información para el periodo de estudio, básicamente 1995 - 1998, haciendo uso de otros indicadores como son los referentes a la distribución del gasto por tipo de programa, y que se presenta en el Cuadro 6.

*Cuadro 6. GASTO EN LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN PREVENTIVA Y CURATIVA. MÉXICO, 1992-1997. (MILLONES DE PESOS Y PORCENTAJE)*

PROGRAMA	1992		1993		1994		1995		1996		1997		98
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%	%
Atención preventiva	2864	8	1869	8	2074	9	2340	7	2873	8	3142	7	N D
Atención curativa	30072	82	19807	89	21375	90	27192	88	33680	87	39769	89	ND
Infraestructura	4460	12	1665	3	1422	6	1482	5	2024	5	1965	4	N D

\*En el renglón de infraestructura, de 1995 a 1997 se refiere a la obra pública

Fuente: FUNSAUD de 1992 a 1994. Elaboración propia de 1995 a 1997

1992: Incluye IMSS, ISSSTE, SEDENA, SSA, IMSS Solidaridad, DIF, DDF. 1993: Incluye IMSS, ISSSTE, PEMEX, SSA, IMSS Solidaridad, DIF, DDF. 1994: Incluye IMSS, ISSSTE, SSA, IMSS Solidaridad, DIF, DDF. 1995-1997: Incluye IMSS, ISSSTE, SSA, IMSS Solidaridad

En este cuadro se destaca la información relativa a los rubros de atención curativa y atención preventiva como indicadores clave del tema de análisis y en donde puede verse que hasta 1994, año en el que se supone aún no tiene aplicación política alguna de privilegiar el gasto en salud con perspectiva de capital humano, las proporciones del gasto son bastante estables y similares a las que tienen lugar a partir de 1995 en lo que se refiere a la atención curativa. En cambio, a partir de este último año la atención preventiva parece sufrir una caída de 2 puntos

porcentuales en comparación con el periodo previo. Situación distinta se observa en la atención curativa en donde el nivel de gasto se conserva prácticamente igual en ambos periodos, referente a las instituciones de salud más grandes como son el IMSS, ISSSTE, IMSS Solidaridad y SSA, con lo cual la respuesta parece ser inversa a la declaración de fortalecer el Primer nivel de atención a la salud anunciado por el ISSSTE en 1995.

Ahora bien, el significado de las cifras es el que se deriva de los precios corrientes. Si se aplica el deflactor implícito del PIB, la situación es sin duda otra totalmente diferente. Por ejemplo, de acuerdo con la Cuenta de la Hacienda Pública para 1995 se tiene que el gasto del subsector salud y seguridad social por alrededor de 63 mil millones de pesos fue 12.3 por ciento inferior en términos reales al realizado el año de 1994<sup>56</sup>. En 1996 el ejercicio de 81 mil millones de pesos en números redondos fue todavía inferior a lo gastado en el año de 1995, en un orden de 1.7 por ciento real.<sup>57</sup> Es hasta 1997 en que los datos del gasto en salud muestran signos positivos en términos reales al gastarse cerca de 71 mil millones de pesos que conllevaron un incremento de 14.5 real con relación a 1996.<sup>58</sup>

¿Quiere decir lo anterior que se había empezado a aplicar en México una estrategia como la propone el BM en lo referente a la reducción del gasto? No, al menos en el ISSSTE, a decir de lo expuesto por uno de los principales artífices del Programa de Fortalecimiento, quien entrevistado por el sustentante, además de que en varias de las reuniones de presentación de ese programa a principios de 1996, señaló que si bien para su elaboración hubo de realizarse previamente visitas a Canadá y Cuba para conocer de las experiencias y avances de estos países en atención preventiva, esta atención preventiva tenía el común denominador de ser continuación de las líneas de acción y del objetivo establecido por la Declaración de Alma Ata de 1978, después de que estas acciones habiendo sido iniciadas en 1984 en el ISSSTE, fueron suspendidas unos años después.

<sup>56</sup> SHCP, 1995, p. 118

<sup>57</sup> SHCP, 1996, p. 130

<sup>58</sup> SHCP, 1997, p. 144

No obstante, como se mostró en la figura 8 en páginas previas, el sector salud y seguridad social mexicano ha sido uno de los que acusa un crecimiento menos irregular a pesar de los altibajos del PIB<sup>59</sup> en los últimos años, incluso algún autor ha considerado que pese a los efectos negativos que el ajuste estructural ha traído aparejado en lo general, y de los problemas coyunturales como fueron la caída de los precios internacionales del petróleo y el aumento del costo del crédito externo así como la disminución del gasto público, el sector de la salud parece no haber sido mayormente afectado<sup>60</sup>

Ese ha sido el comportamiento del gasto público que ha acompañado a la aplicación de la política de salud derivada de la Declaración de Alma Ata en los últimos lustros. Es a ellos que se han debido los importantes logros en la salud de los mexicanos que señalábamos en el capítulo anterior y que sin embargo no han bastado, puesto que aún prevalece una cifra de alrededor de 7 millones de compatriotas sin recibir los beneficios correspondientes.

Por lo demás y como ya se había referido en el capítulo dos, se tiene el rasgo de la inequidad del gasto público mexicano en salud, producto de la peculiar evolución histórica de ese sector en el cual figuran dos grandes ámbitos: el de la seguridad social a cargo del IMSS y del ISSSTE, SEDENA y PEMEX por un lado, y el de la población no asegurada, que atiende la Secretaría de Salud y sus organismos coordinados, DIF, IMSS Solidaridad, por otro.

En el Cuadro 7 se muestra los grandes contrastes en el gasto per capita de estas instituciones. Por ejemplo, tomando los valores extremos, referente a la población legal o potencial para

<sup>59</sup> Los datos del crecimiento del PIB son: 1993, 3.3%; 1994, 4.4%; 1995, -6.2%; 1996, 7.1%; 1997, 5.3%; y 1998, 4 por ciento.

<sup>60</sup> Lechuga, Jesús y Chávez, Fernando, 1989, p.390. En cambio, si afectó otros rubros de gasto como fueron el financiamiento a la SEDUE, SARH y SEP, por ejemplo, en las cuales los incrementos fueron de 3.42, 13.03 y 17.95 veces más grande en 1988 frente a 1983. Mientras que en el ISSSTE, el incremento fue de 28.25, para el IMSS de 25.26 y para la SSA de 22.42, veces más el comparativo entre esos mismos años.

Por contra, los efectos de estas medidas en la región de 1980 a 1990 produjeron un retroceso del PIB del 10% por habitante y el crecimiento desmesurado de la deuda externa. La inflación promedio en la región se incrementó en algunos países de un 50% en 1980 hasta 1200% en 1990, los salarios reales se redujeron a la mitad de su poder adquisitivo, y en algunos casos hasta una cuarta parte o hasta menos, el desempleo se agravó, el subempleo informal creció en algunas partes hasta el 50 por ciento. Ver *"Perspectivas de la Seguridad Social en México y su referente América Latina y el Caribe"*, ponencia en el Diplomado "La seguridad Social. De la Reforma hacia la Nueva Estructura", IMSS, México, abril-mayo de 1998.

1992, se tiene: PEMEX con una asignación de 16 veces aproximadamente la que tiene IMSS Solidaridad, SEDENA casi 12 veces, el IMSS 8 veces y el ISSSTE 5 veces. Para 1996, estos valores aumentan la desproporción en el caso de PEMEX, al registrar 20 veces el monto de IMSS Solidaridad, mientras que en los demás la proporción desciende. En el caso del IMSS 6 veces, SEDENA, 10 veces, y el ISSSTE 2.7 veces.

**Cuadro 7. GASTO PER CÁPITA SEGÚN INSTITUCIÓN. MÉXICO, 1992-1996**

	Per cápita sobre la población legal y/o potencial (N\$)					Per cápita sobre la población usuaria (N\$)				
	1992	1993	1994	1995/e	1996/e	1992	1993	1994	1995/e	1996/e
Fondos de seguridad social										
IMSS	501	560	628	798	985	790	855	955	1131	1452
ISSSTE	290	264	315	387	439	418	370	436	608	689
SEDENA	706	747	858	973	1640	706	747	858	973	1640
PEMEX	967	1513	1708	2569	3401	967	1575	2133	2569	3401
Fondos para no asegurados										
SSA	297	173	161	160	145	319	359	418	411	385
IMSS Solidaridad	59	82	105	131	163	59	82	105	131	163
DDF	111	129	133	142	210	148	172	175	195	289

Fuente: FUNSALUD, 1994.

Es de notarse, la forma en que se haya estructurado el tipo de gasto entre las instituciones de la salud. Los cuadros 8 y 8 bis, muestran como mientras en el IMSS y la SSA el énfasis del gasto recae en la remuneración de los servicios personales. En el ISSSTE es el rubro de los gastos de operación en donde han incidido de modo considerable las subrogaciones de servicios con otras instituciones.

**Cuadro 8. TIPO DE GASTO POR INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS. MÉXICO, 1992-1994**  
(millones de pesos)

Objeto de Gasto	IMSS				ISSSTE				SSA			
	1992	1993	1994	%	1992	1993	1994	%	1992	1993	1994	%
Remuneración al personal	12551	15045	16834	49	1584	1737	1887	21	3776	3043	3434	50
Materiales y suministros	2939	3453	3966	12	540	658	725	8	0	0	487	2
Gastos de operación	8274	10279	12529	35	3527	4056	5095	51	0	0	591	3
Infraestructura	1219	1550	1308	5	1097	1596	2319	20	1359	1515	561	17
Otros	0	11	53	0	10	0	0	0	1578	2996	1212	28
Total	24983	30338	34689	100	6757	8047	10025	100	6713	7554	6285	100

Cuadro 8 bis. TIPO DE GASTO POR INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS. MÉXICO, 1995-1997 (millones de pesos)

Objeto de Gasto	IMSS				ISSSTE				SSA*			
	1995	1996	1997	%	1995	1996	1997	%	1995	1996	1997	%
Remuneración al personal	19875	26258	31756	46	2323	3561	5299	24	4354	5711	1978	42
Materiales y suministros	4950	6712	9017	12	990	1549	2102	10	606	762	288	6
Gastos de operación	15850	20868	30394	39	6138	8285	10736	53	662	763	475	7
Infraestructura	1370	1702	1936	3	1697	2230	563	9	532	1080	385	7
Otros	116	0	87	0	0	0	1975	4	1550	2326	7204	38
<b>Total</b>	<b>42160</b>	<b>55540</b>	<b>73190</b>	<b>100</b>	<b>11148</b>	<b>15625</b>	<b>20675</b>	<b>100</b>	<b>7704</b>	<b>10642</b>	<b>10330</b>	<b>100</b>

\*Incluye IMSS Solidaridad y DIF. No incluye gasto de los Estados equivalente 10 mil millones de pesos.

Fuente: SHCP, 1992, p.68; 1993, p.60; 1994;107-8; 1995, p.118; 1996, 131; 1997, (Ejercicio programático económico del gasto de organismos y empresas de control directo)

Además de lo señalado en estos cuadros, debe mencionarse la reestructuración del gasto de la SSA la cual a partir de 1997 incorpora los programas del IMSS Solidaridad y del DIF, y desincorpora el gasto de las instituciones de salud de los Estados de la República.

Es a partir de ese año que se puede decir que adquiere significación el gasto público en salud con carácter de capital humano, quizás no por los montos que siguen siendo reducidos, ni siquiera por su conceptualización expresa como capital humano, sino porque por primera vez se consigna en los informes de la cuenta pública una delineación más clara de acciones gubernamentales con este carácter, (que esperamos no sea sólo de tipo político<sup>61</sup>) incluida la educación y alimentación a través de programas como el PROGRESA, el cual está a cargo de diversas dependencias del gobierno, entre ellas la SSA en lo referente a la salud.

Lo últimamente expuesto puede ser objeto de consideraciones diversas. Por ejemplo con base a las determinaciones de los niveles de bienestar social "paretiano", y siguiendo los planteamientos de Julio Frenk, en el sentido de que..."en virtud de (que) la naturaleza potencialmente infinita de las necesidades de salud, ningún sistema puede satisfacerlas todas", la solución reside en fijar prioridades, y ello parece haber sido incluido en las acciones y

<sup>61</sup>Programa de Educación, Salud y Alimentación. Acerca de este Programa se platicó con personas que lo operan dentro del gobierno quienes dijeron que sus propósitos no tienen en realidad relación con la teoría del capital humano que estamos analizando, sino mas bien y sobretodo un decidido propósito político, que muy probablemente será

programas señalados de las diversas instituciones públicas de salud, o debieron de hacerlo. Por ejemplo, el PROGRESA parece ser producto de una decisión de justicia distributiva de Rawls (Ver página 20 supra) con la cual se busca mejorar el beneficio de la sociedad mediante el beneficio de los grupos más necesitados, y muy probablemente con enfoque de capital humano. Así también se incluye la realización de otras medidas en instituciones como el IMSS o el ISSSTE, que buscan atender también el bienestar de sus respectivos grupos sociales, con lo que se complementa la procuración del beneficio social y de capital humano en materia de salud, que se requiere.

Sin embargo, la fijación de prioridades por su forma, que puede ser implícita, es en sí un problema previo porque por lo general implican decisiones políticas subjetivas de determinar niveles de bienestar social con criterios paretianos o no, las cuales como dice Frenk, suelen ser reflejo de presiones de poder, intereses económicos o preferencias personales. A este respecto, dice este autor, lo idóneo sería un proceso de definición explícito, transparente que refleje un compromiso entre la evidencia científica, las normas profesionales y los valores sociales, que "puedan orientarse según grupos de población, tipos de programas, o costo efectividad de las intervenciones, (de modo que) más que sustituir al indispensable componente político, el análisis técnico se ponga a su servicio, al presentarle opciones sobre las cuales decidir"<sup>62</sup>.

Esta última cuestión es sin duda compleja, pues es innegable que muchas de las acciones económicas del gobierno mexicano, debido a la peculiar cultura política en que nace, genera y evoluciona su actuación, aparte de tener un carácter social, también es de índole político, mismo que con mucha frecuencia por su intención esencial anula su contenido social dado que los efectos sociales al seguir el ritmo de lo político pierde su continuidad. Esta parece ser la suerte que según la tendencia, seguirán programas como el PROGRESA una vez que se lleven a cabo las elecciones del 2 de julio del 2000 o que termine el sexenio del Presidente Zedillo.

---

suspendido o interrumpido este programa después de las elecciones o a más tardar al término del sexenio del presidente Zedillo.

<sup>62</sup>FUNSALUD, A. C., op. cit. p. 68.

### **III.3 Análisis de los programas de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención a la Salud, y de Modernización de la Administración Pública (PROMAP 1995-2000), en el ISSSTE en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, durante el periodo 1995-1998.**

Como señalamos en el punto previo, la política de salud del gobierno, según lo afirmado por uno de los funcionarios encargados de formular el Programa de Fortalecimiento del primer nivel de atención en el ISSSTE, continúa fundamentándose en los lineamientos de la Conferencia Internacional de Alma Ata de 1978. Sin embargo, es necesario analizar con mayor detalle los programas del ISSSTE y sus resultados, en particular los que ostentan el término "modernización" como son el Programa de Modernización de la Administración Pública Federal, PROMAP, y el Programa de fortalecimiento del Primer Nivel de Atención a la salud en la zona metropolitana de la Ciudad de México, a partir de 1995, pues por enmarcarse en un proceso de reforma del Estado mexicano es probable, y deseable, que incorpore elementos de cambio que efectivamente favorezcan a los derechohabientes en su salud, en su trato y desde luego que se traduzcan en incrementos de la productividad.

Cabe acotar que no sólo en el ISSSTE se ha declarado la realización de cambios tendientes a modernizar la actuación del gobierno en materia de salud, los hay también en el IMSS y la Secretaría de Salud, como ya lo señalábamos antes. El porqué de centrar el análisis en el ISSSTE obedece al menos a dos motivaciones:

La primera, a que ha sido en esta organización en la que el sustentante ha tenido la oportunidad de participar en la instrumentación de algunos de los programas institucionales entre los cuales se encuentra el de Fortalecimiento, y

Segunda, por considerar el sustentante que si en verdad ha sido decisivo el papel que el Estado ha tenido para el desarrollo de México al hacerse cargo de conducir y liderar el desarrollo económico y social a partir de la post revolución mexicana como lo afirma Arnaldo Córdova. En el presente no cabe, pues, esperar que las nuevas reglas de la competitividad, la calidad, la eficiencia, etc, que rigen el orden capitalista vigente, lo lideré una instancia diferente a la del

Estado y el gobierno que lo dirige. Por tanto, en el diseño y desarrollo de los programas de modernización como los que en materia de salud está emprendiendo el gobierno, en particular los del ISSSTE que atañen precisamente al personal al servicio del Estado, se espera encontrar un ejemplo del gobierno en materia de modernización, competitividad, eficiencia etc, que deberá servir de modelo a seguir por parte de las demás instancias de la Administración Pública y el sector privado en el rubro de la salud, incluyendo la legislación de observancia general para el sector salud que expida el gobierno, tal y como lo establece la propuesta del BM de Invertir en Salud, asociada con la Teoría de Capital Humano objeto de la tesis.

Por consiguiente, adentrándonos en el diagnóstico de la situación específica del ISSSTE, según los términos de su Plan de Fortalecimiento del Subsistema Metropolitano de Servicios de Salud (1995),

1. Las clínicas de medicina familiar, con una evolución de 30-34 años se han desarrollado bajo un modelo que en la actualidad resulta obsoleto, en relación directa a la transición epidemiológica observada en nuestro país, durante este periodo, ocasionado por una mayor expectativa de vida, y el consecuente incremento de pensionados y jubilados y el incremento de enfermedades crónico degenerativas.
2. Las unidades de primer nivel de atención, muestran insatisfacción del usuario y bajo nivel de credibilidad, generados por la insuficiente capacidad resolutoria, lo que origina un bajo índice de utilización de la infraestructura institucional.
3. La existencia en todas las Clínicas de Medicina Familiar de un modelo de atención curativa, de baja efectividad en la salud del derechohabiente, que subestima la filosofía preventiva.
4. Como resultado del deterioro de la imagen de las unidades del primer nivel de atención, se ha inducido una concentración de la demanda en el segundo y tercer niveles de atención, traduciéndose en niveles significativos de diferimiento, principalmente de servicios de consulta especializada y de cirugía.
5. La existencia de actitudes y aptitudes inapropiadas de prestadores y usuarios de los servicios institucionales de salud, han limitado una adecuada relación médico-paciente, lo que provoca una deficiente calidad en el proceso de la atención.<sup>63</sup>

---

<sup>63</sup> ISSSTE, 1995.

Según este documento, la obsolescencia de un modelo de atención que opera desde que se fundó el ISSSTE en 1960, la transición epidemiológica como la reseñada en el capítulo anterior, la predominancia de un modelo curativo en la atención con una proporción de 16% (\$313'917,160) a 71% (\$,381'337,756), frente a un de tipo preventivo, en el gasto de 1995. Y un diferimiento de hasta 53, 47, 46 y 44 días en especialidades como cardiología, oncología, oftalmología y gastroenterología, respectivamente, así como la insuficiente capacidad resolutive de las clínicas en las cuales prácticamente de un 60% de la demanda potencial del primer nivel (ya que 20% de los usuarios se van al 2° y 3° nivel y otro 20% no utilizan el servicio, en total cerca de 400 mil usuarios), sólo resolvían sus demandas un 51% de los usuarios. Con estos datos se describe la situación prevaleciente en esta institución e ilustra la forma particular que adoptan los avances y limitaciones de la política pública de salud derivada en buena parte de la Declaración de Alma Ata.

Las propuestas de solución planteadas en este documento, más que referidas a la teoría de Capital Humano, dan cuenta más o menos clara del tipo de filosofía social de la Declaración de Alma Ata, en la cual se apoyan las acciones de modernización del gobierno en el campo de la salud a partir de 1995. Estas propuestas son:

1. Modernizar el concepto de clínicas de medicina familiar, acorde al perfil epidemiológico prevaleciente en nuestro medio, con énfasis en los padecimientos crónico degenerativos, mediante la actualización de los conocimientos del personal de salud.
2. Fortalecer la capacidad resolutive de las unidades de primer nivel de atención, a efecto de conformar a través de ellas, una efectiva red que contenga la referencia anárquica de usuarios a unidades de segundo y tercer niveles de atención, mediante la dotación de recursos humanos, tecnológicos y materiales suficientes, de vanguardia y oportunos.
3. Consolidar los servicios de medicina familiar, a través de un paquete básico de acciones de medicina preventiva (vacunación universal, control de enfermedades diarreicas, control de enfermedades respiratorias agudas, orientación nutricional, detección de fiebre reumática, diabetes mellitus, hipertensión arterial y cardiopatías, cáncer cérvico uterino y mamario, tuberculosis pulmonar, salud mental, salud reproductiva y planificación familiar, y enfermedades de transmisión sexual), orientado por factores de riesgo, con anticipación al daño, y dirigido a grupos vulnerables de usuarios.

4. Enriquecer el modelo médico con innovaciones institucionales, que prestigien al primer nivel de atención a través de servicios de Gerontología; Quirúrgicos Simplificados; Disponibilidad de Auxiliares de Diagnóstico en el 100% de las clínicas de medicina familiar y el apoyo de grupos de asesores en especialidades médicas.
5. Incorporar elementos de calidad en la atención a la salud, a través de una relación médico-paciente más personalizada, que incentive al equipo de salud del primer nivel de atención, mediante la evaluación de indicadores de productividad, desempeño y efectividad.

Como puede verse, el énfasis en estas propuestas parece estar en el fortalecimiento del primer nivel de atención en cuya problemática se destacó:

- Aplicación de un modelo de atención curativa de bajo impacto que subestima la filosofía preventiva.
- Inadecuación entre los servicios institucionales y la transición epidemiológica.
- Desvinculación entre los tres niveles de atención para garantizar la continuidad del tratamiento
- Insuficiencia de recursos para la salud.
- Baja productividad de los servicios e inadecuada calidad de la atención.

Ahora bien, comparando estos planteamientos con los de la Declaración de Alma Ata citados en el capítulo 2 y con los planteamientos del BM expuestos al inicio de este capítulo 3 (ver página 48 ), se notará en efecto que corresponden con los de la Declaración de Alma Ata. En particular en lo siguiente:

"La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función principal y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria."

"La Conferencia reiteró que los gobiernos tienen la obligación de cuidar de la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas y equitativamente distribuidas. La atención primaria de salud, como parte del sistema nacional de asistencia sanitaria completo, representa un gran paso hacia el logro de esos objetivos sanitarios y sociales fundamentales."

"El criterio de la atención primaria de salud es esencial para alcanzar en todo el mundo y en un futuro previsible un nivel aceptable de salud que forme parte de un desarrollo social inspirado en la justicia social. Así se hará realidad el objetivo de lograr la salud para todos en el año 2000."

"La atención primaria de salud exige la aplicación de tecnología apropiada para la salud, que la población pueda utilizar y costear, incluido el suministro suficiente de medicamentos esenciales, baratos y de buena calidad, vacunas, productos biológicos y otros materiales y equipos, así como servicios auxiliares de salud que funcionen eficazmente como centros de salud y hospitales."

"Es preciso proseguir la elaboración de indicadores para la planificación, ejecución y evaluación de la atención primaria de salud, inclusive indicadores para la participación y la autoasistencia de la comunidad."

"Cada nación debe ahora responder comprometiéndose con firmeza y de manera constante a aplicar la atención primaria de salud en todos los escalones gubernamentales y de la sociedad. Ese compromiso debe quedar claramente expresado como parte integrante del sistema nacional de asistencia sanitaria y de otros sectores del desarrollo social y económico. Los gobiernos deben hacer participar a la población en ese compromiso."

Como citábamos en el capítulo 2, la Conferencia de ALMA ATA sobre Atención Primaria de Salud, sus acuerdos y compromisos, en el sentido de que parecía ser el fundamento teórico de la política de salud en México por espacio de más o menos dos décadas a partir de 1978, con lo expuesto queda confirmado. Y por lo transcrito de los programas del ISSSTE se puede afirmar que sigue siendo el fundamento hasta la fecha (1999). Sin embargo, si se observa el resto de los planteamientos de Alma Ata, en particular los que establecen...

"... la necesidad de una distribución equilibrada de todos los recursos disponibles, y en particular de los recursos públicos, de manera que se preste una atención apropiada a los grupos de población desfavorecidos en materia de atención primaria de salud y desarrollo en general."

"La Conferencia examinó las estrechas relaciones y la interdependencia que existen entre la salud y el desarrollo social y económico, ya que con la salud mejoran las condiciones y la calidad de la vida y al

mismo tiempo aquella depende del progresivo mejoramiento de éstas. (...) es parte integrante del proceso de desarrollo socioeconómico. Por consiguiente, las actividades del sector de la salud deben estar coordinadas en los planos nacional, intermedio y de la comunidad o local con la de otros sectores sociales y económicos, como la educación, la agricultura, la zootecnia, el abastecimiento doméstico de agua, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y la industria. Las actividades sanitarias deben emprenderse al mismo tiempo que otras medidas como las adoptadas para mejorar la nutrición, en particular la de los niños y las madres; incrementar la producción y el empleo; y proteger y mejorar el medio ambiente..."

En lo expuesto, se encontraría que los planteamientos son muy similares a la mayoría de lo que plantea el BM y, por supuesto podría decirse que se trata de lo mismo, incluso en lo que se refiere a la Teoría de Capital Humano y sus modalidades de educación, nutrición y medio ambiente, reconociendo su importancia para el desarrollo de los países, etc. Pero no obstante, la diferencia entre uno y otro planteamiento es más que sutilezas de términos o diferencias de grado, y en realidad se trata de una diferencia cualitativa de fondo que puede expresarse en términos como los siguientes:

En la situación prevaleciente hoy día se dirá en relación, por ejemplo, al nuevo universalismo en la salud... "si los servicios han de ser provistos a todos entonces no todos los servicios pueden ser provistos..." o bien, si se desea referirse a un nivel más general se pensaría en sus correspondientes sistemas "keynesiano" y "neoliberal" que implican toda una serie de diferencias en lo económico, social y político que se han dado en llamar reformas o modernización de la economía, del Estado, de la Administración Pública, de la política, etc, que en México ya iniciaron y tienen cierto avance. Pero en ninguno de los planteamientos figura el objetivo y contenido principal de la teoría de capital humano, el significado preciso de invertir en la educación, la capacitación, la salud y la ecología del ser humano con lo cual se asegurará el bienestar que la filosofía social de la Declaración de Alma Ata no alcanzó a realizar para 2 billones de personas en el mundo y 7 millones de mexicanos en nuestro país.

No obstante lo dicho, analicemos más información en el caso del ISSSTE, sobretodo las acciones y los resultados de la política de salud –procurando ir más allá de lo que pretenden

sus programas--, para determinar con mayor objetividad en que está consistiendo la declarada Modernización de la Administración Pública, el Fortalecimiento del Primer nivel de atención a la salud y su orientación filosófica y teórica. ¿Pretende el gobierno en realidad invertir en capital humano por salud? ¿Figura en su visión y en sus acciones el realizar un esfuerzo y contribución al desarrollo del país y la economía a través de la salud y la productividad de los servidores públicos?

### III.3.1 Componentes y resultados del Programa de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención.

Para conocer más acerca de los programas instrumentados en el ISSSTE y su posible relación con la política de Invertir en Salud que está asociada con la teoría del capital humano que aquí se analiza, veamos cuáles son sus objetivos generales, los proyectos específicos y cuáles los resultados en su instrumentación.

Los objetivos generales son, en el caso del PROMAP (Programa de Modernización de la Administración Pública, 1995-2000) "*transformar la Administración Pública Federal en una organización eficaz*" y "*combatir la corrupción y la impunidad a través del impulso de acciones preventivas y de promoción, sin menoscabo del ejercicio firme, ágil y efectivo de acciones correctivas*". Mientras que en el de Fortalecimiento el objetivo es "*fortalecer el primer nivel de atención a la salud, aumentando la capacidad resolutive de las clínicas de medicina familiar*".<sup>64</sup>

El planteamiento institucional relaciona en 1996 los objetivos del Programa de Fortalecimiento con los objetivos de los 4 subprogramas del PROMAP, de la siguiente forma:

Figura 9. PROGRAMA DE MODERNIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, (1995-2000) Y PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL ISSSTE EN LA CIUDAD DE MÉXICO

PRO MAP		PROG. FORTALECIMIENTO
Subprogramas	Objetivos específicos	Objetivos específicos
<i>Participación y Atención Ciudadana</i>	Lograr la participación más activa de la sociedad en la definición, ejecución y evaluación de las acciones institucionales para contribuir a que reciba una atención eficiente, eficaz, oportuna y satisfactoria por parte de las instituciones públicas.	<i>Instrumentar un programa de telemedicina para el apoyo de diagnóstico, asesoría de la atención médica continua y el abatimiento de los costos de operación de referencia a pacientes.</i>
<i>Descentralización y/o Desconcentra-</i>	Fortalecer el Pacto Federal a través de la descentralización de funciones y la desconcentración de	<i>Integración de 22 equipos de atención primaria para la salud.</i>

<sup>64</sup> ISSSTE, 1997.

<p><i>ción Administrativa</i></p>	<p>facultades a efecto de promover el desarrollo regional y la descentralización económica, abatir los costos y acercar las decisiones al lugar donde se requieran, todo ello para servir mejor a la población.</p> <p>Dotar a las instituciones públicas de la flexibilidad necesaria para amoldarse con oportunidad a las nuevas realidades, así como para que respondan a objetivos y funciones claramente definidos, así como promover su racionalización permanente con el fin de reducir gastos excesivos en el mantenimiento del aparato burocrático.</p>	<p><i>Crear 42 módulos de atención gerontológica y un centro de atención a gerontológica.</i></p> <p><i>Integración de 5 comités delegacionales del Valle de México</i></p> <p><i>Transformación de clínicas de especialidades de alta capacidad resolutive</i></p> <p><i>Remodelación de una clínica como centro de apoyo diagnóstico</i></p> <p><i>Instalación de Centros de Cirugía simplificada (cecis) en 3 clínicas</i></p> <p><i>Adquisición de equipo de cómputo para 42 clínicas de medicina familiar del área metropolitana de la ciudad de México.</i></p>
<p><i>Medición y Evaluación de la Gestión Pública</i></p>	<p>Fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas mediante el desarrollo de esquemas modernos de medición y evaluación del desempeño y de los servidores públicos mayor flexibilidad en la operación y garanticen los principios de probidad, honestidad y transparencia en el uso de los recursos públicos.</p> <p>Lograr que la población confíe en que los recursos públicos se utilicen con honestidad, eficiencia y eficacia, que existan mecanismos idóneos para prevenir y detectar acciones de corrupción, y que las eventuales infracciones por parte de los servidores públicos sean sancionadas adecuada y oportunamente.</p>	<p><i>Aplicar el nuevo modelo de Medicina Familiar con una orientación preventiva, apoyado en el rediseño de procesos administrativos y operación automatizada para privilegiar a la atención médica. (En este punto subyace el reconocimiento de que en el ISSSTE la atención a los derechohabientes es muy tardada. Según el diagnóstico en que se basan las acciones de automatización, los tiempos del ciclo del servicio sumaba en total 350 minutos, que con la introducción del equipo de cómputo se reduciría a 90 min.)</i></p>
<p><i>Dignificación, Profesionalización y Ética del</i></p>	<p>Contar con un servicio civil de carrera en la administración pública que garantice la adecuada</p>	<p><i>Mejorar la calidad de la atención médica a los derechohabientes en las clínicas del primer nivel de</i></p>

<i>Servidor Público</i>	<p>selección, desarrollo profesional y retiro digno para los servidores públicos, que contribuya a que en los relevos en la titularidad de las dependencias y entidades se aproveche la experiencia y los conocimientos del personal y se dé continuidad al funcionamiento administrativo.</p> <p>Impulsar en el servidor público una nueva cultura que fortalezca los valores éticos de honestidad, eficiencia y dignidad en la prestación del servicio público, y fortalezca los principios de probidad y de responsabilidad.</p>	<p><i>atención mediante:</i></p> <p><i>Formar personal en diferentes áreas de la salud en el primer nivel</i></p> <p><i>Orientar más a la prevención que a la curación teniendo como eje de las acciones a la familia. (este aspecto al tener cumplimiento habrá resuelto el problema del rezago en la atención de enfermedades y padecimientos tradicionales? Y habrá necesidad de emprender nuevas acciones para dar atención a las enfermedades de reciente aparición o en qué consisten los paquetes de salud).</i></p>
-------------------------	---	---

Fuente: Poder Ejecutivo Federal e ISSSTE

A partir del rendimiento de informes a la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM), el ISSSTE consigna su información de avance y resultados del Programa de Fortalecimiento, sólo en el subprograma de *Participación y atención ciudadana*, por lo tanto, en lo expuesto a continuación no se incluye la referencia a los otros tres subprogramas.

Cabe señalar que para facilitar su interpretación el sustentante ha organizado la información por bloque de acciones llevadas a cabo, indicando entre paréntesis el año de su formulación en el programa.

FIGURA 10. PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LA SALUD  
(reporte de avance)

	Dic-1995	1996	1997	1998	1999*
ACTIVIDADES	D	ED	ED	ED	EJ
MÓDULO VIGENCIA DE DERECHOS Definir un sistema de Vigencia Electrónica de Derechos. (1995)					
Certificar con oportunidad y eficiencia el acceso a los servicios médicos. (1995)					
Simplificar trámites y procedimientos para la verificación de vigencia de derechos. (1995)					
MÓDULO DE ATENCIÓN MÉDICA					

Atención Médica Integral. Regular técnica y administrativamente la organización y prestación de los servicios de salud en las CMF, Centros de Apoyo a Diagnóstico (CAD) y Centros de Cirugía Simplificada (CECIS) (1995) Certificación de 67 Unidades Amiga de la Madre y 53 Unidades de adulto mayor. Paquete Básico de Servicios Contar con 47 Unidades de Atención Primaria a la Salud (UAPS), una por cada entidad de la República. Instalar 26 laboratorios de química seca en el DF (1998)					
Prevenir las enfermedades a través del fomento y la educación para la salud, la protección específica y la detección oportuna de riesgos y daños a la salud. (1996)					
Otorgar atención médica mediante la aplicación de recursos científicos y tecnológicos para la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (1996)					
Capacitar al personal médico (3381 médicos) y paramédico de las CMF (1996)					
MÓDULO DE ATENCIÓN AL DERECHOHABIENTE Definir, instalar y operar módulos de atención al derechohabiente para 8 CMF (1995)					
Se operan 23 de los 42 módulos de la Zona Metropolitana. (1998)					
Determinar un presupuesto para el programa de Fortalecimiento (1995)					
MÓDULO DE ABASTECIMIENTO Abastecer de los insumos necesarios para la operación del nuevo modelo de atención a la salud (1997)					
MÓDULO DE RECURSOS HUMANOS Elaborar las plantillas tipo para el nuevo modelo de atención familiar (1996)					
Elaborar plantillas teóricas de las CMF (1996)					
Adecuar plantillas físicas con base a necesidad teórica (1996)					
Dotar de recursos humanos de acuerdo con el nuevo modelo de atención a la salud (1997)					
MÓDULO DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES Dotar de equipo, instrumental y mobiliario médico (1995)					
AUTOMATIZACIÓN Diseño y desarrollo de un software para las CMF "Xochimilco" y "Cuhtlahuac". Programa piloto (1995)					
Desdoblamiento primario del Software a las CMF "Gustavo A. Madero" y "Moctezuma" (1995)					
Desdoblamiento secundario del software a las CMF "Narvarte", "Legaria", "Oriente" y "Xalostoc" (1997)					

Desdoblamiento terciario del Software a las CMF "Guerrero", "San Antonio Abad", "Perú", "Ermita", "Ignacio Chávez", "Revolución", "Ermita Zaragoza", "Morelos", "Marina Nacional", "Villa Alvaro Obregón", "Tlalnepanitla" y "Valle de Aragón". (1999)		No se reporta avance
Adquisición, instalación y operación del hardware (para 20 CMF) (1996)		
OBRAS Y MANTENIMIENTO		
Realizar las obras necesarias para fortalecer la capacidad resolutive de las CMF (1995)		
(*) En 1998 y 1999 se ha registrado des abasto de medicamentos hasta en un 40%		

Fuente: ISSSTE

Por lo expuesto en la figura anterior, los resultados de los programas de Modernización y de Fortalecimiento del primer nivel de atención a la salud en el ISSSTE, muestran en general un avance lento, considerando que llevan ya 5 años de haberse iniciado y que el ritmo con que avanzaron hasta 1997 es prácticamente lo que mostró el mayor dinamismo en el alcance de los logros reportados. Ello es particularmente cierto en los casos de los módulos de atención al derechohabiente, el cual se quedó prácticamente sin avance en 1998 y 1999, y en cuyos reportes se repite las mismas palabras en este rubro:

"El objetivo del sistema de orientación e información pretende elevar la calidad de la atención en trato y servicio para los derechohabientes, para lo cual se han instalado 42 módulos en la zona metropolitana del DF, de los cuales se encuentran operando 23, se encuentran en revisión la dotación de personal capacitado para el funcionamiento del 100% de los módulos en las unidades del primer nivel".

Y algo similar ocurre en el módulo de automatización en el que en ese periodo de 5 años no se ha pasado de automatizar a 8 CMF cuando la meta en 1996 era automatizar 40 CMF de la Zona Metropolitana y el Estado de México, en un periodo de 3 años, para después dar paso a la automatización en los Estados restantes durante los años de 1999 y 2000.

Respecto de estos dos últimos módulos, atención al derechohabiente y automatización, cabe detenerse un poco para destacar que en su formulación e instrumentación estaba cifrado buena parte del impacto de cambio de los servicios de salud del primer nivel en el ISSSTE que se planteó el programa de modernización, junto con el de fortalecimiento. El módulo de atención al derechohabiente, por ejemplo, con una función similar a la de una contraloría social

en la cual se prestaba oído y respuesta a las quejas de los derechohabientes, al tiempo que buscaba coadyuvar en favor de un desarrollo administrativo de los servicios de salud, en los cuales verdaderamente se brindara una atención con calidad y calidez al usuario; el módulo de automatización, por su parte, se proponía simplificar procesos y automatizar la operación de las UMF de modo que el tiempo de atención promedio por derechohabiente que en la operación tradicional era de 411 minutos en promedio, pasara a sólo 45, con la consiguiente ventaja de contar con un mayor tiempo para la atención del paciente por parte del médico. Es decir, se trataba de reducir al mínimo la parte de trámites administrativos en favor de un mayor tiempo en la atención médica. En el primer caso, el tiempo que le llevaba a un derechohabiente que acudía por primera vez a solicitar atención médica era de 396 minutos en realizar trámites administrativos (Fila para atención, 185 minutos; vigencia de derechos, 10 minutos; registro de beneficiarios, 20 minutos; apertura de expedientes, 10 minutos; asignación de consultorio, 20 minutos; espera para pasar a consulta, 67 minutos; y, farmacia 84 minutos) que representa un 96.4% , y en cambio el recibir la atención médica solicitada, le llevaba tan sólo 15 minutos, (3.6%) del tiempo total invertido por el derechohabiente que acudió a la clínica.<sup>65</sup>

En este rubro, automatización, los reportes 1998 y 1999 repiten en una de sus partes la misma información:

"Se encuentran operando ocho Clínicas de Medicina Familiar con el software institucional, para el primer semestre de 1999 se incorporan 12 clínicas más, con lo que se contarán con un total de 20 CMF automatizadas, en las que se evaluará el desempeño, funcionalidad, operatividad y costo beneficio de trabajar bajo esquemas automatizados".

Viéndose reducido el alcance de estos dos módulos, el impacto esperado en la atención a la salud en el ISSSTE a través del fortalecimiento, queda consecuentemente con ello limitado en una buena parte, y reducido probablemente a los mismos niveles de 1994, lo cual puede significar una frustración de la pretendida modernización de la atención a la salud y de la Administración Pública a través de ella, con sus consecuencias para el desarrollo.

---

<sup>65</sup>ISSSTE, 1995.

Podría afirmarse que igual sucede en el caso del módulo de recursos humanos en el que después de 1997 no se ha vuelto a registrar un cumplimiento del 100%, pero como el 80% reportado para el primer semestre de 1999 es un nivel bastante próximo a la meta, podría esperarse que se cumpliera en este año.

Del Módulo de Abastecimiento no se puede decir lo mismo puesto que para los años de 1998 y 1999 se ha reconocido que se ha tenido des abasto de medicamentos en un orden de hasta el 40%, según lo señala el propio reporte de 1999.

Por otra parte, qué decir de la parte sustantiva, esto es, del módulo de atención médica. Al margen de comentarios de derechohabientes que han calificado los servicios como deficientes y con cambios que no han funcionado, veamos en que se han traducido las acciones, en particular las referentes a la medicina preventiva. Dichas acciones las constituyen,

a) el paquete básico de servicios, el cual para 1998 registra un cumplimiento del 90% de lo programado, mediante la realización de:

- Vigilancia y control epidemiológico a 4'098,123 personas
- Identificación de riesgos y daños para control epidemiológico de enfermedades no transmisibles 383,827 personas
- Control de enfermedades prevenibles por vacunación 5'371,664 dosis
- Detección oportuna de enfermedades 5'580, personas
- Planificación familiar 950,852 personas
- Orientación para la salud 8'760,165 mensajes
- Capacitación a la población en materia de salud 6'301,738 personas
- Control de enfermedades transmisibles 2'591,444 dosis
- Materno infantil 715,871 consulta
- Controlar el estado de salud de la embarazada 491,927 consulta
- Prevención de padecimientos bucodentales 1'252,644 personas
- Proporcionar consulta bucal 1'349,197 consulta
- Consulta externa general 16'124,244 consulta

b) Contar para 1999 con 19 Unidades de Atención Primaria a la Salud, UAPS; 4 módulos más en los Centros de Atención Gerontológica, CAG; continuar con la asesoría al personal médico de las Unidades del primer nivel, GAES, con el apoyo de personal médico especializado del segundo y tercer nivel; así como continuar con la operación de los tres CECIS, que en 1998 permitirán abatir en un 35% el rezago quirúrgico por medio de cirugías de corta estancia, y

c) la educación, formación y capacitación de recursos humanos, rubro en el cual se han preparado a 1,339 médicos en medicina familiar de un total de 3,785 programados a partir de 1996, y en donde se registra un avance de 61 por ciento. (Ver figura 9)

Lo anterior, referente al rubro médico indica un alcance de objetivos bastante pobres por lo avanzado del sexenio, -61% en la formación de recursos humanos, 35% en la atención del rezago quirúrgico, y 90% del paquete básico. En éste paquete básico, que es el de las acciones más numerosas de la medicina preventiva puede notarse que aproximadamente la mitad de las acciones que lo constituyen corresponden a la atención de los padecimientos surgidos recientemente, y la otra mitad, a los de tipo tradicional.

Pero en general el avance en cobertura es bastante limitado (8 clínicas) de 40 UMF programadas originalmente en 1996, y aunque se anuncie que el alcance será para 1999 de 12 clínicas más; es decir 20 clínicas en total, ello representaría a un año de terminar el sexenio, un logro de menos del 50% en total del programa sexenal. Ello, se traducirá como ya lo señalábamos antes, en una operación sin apoyo de una ágil atención en 32 ó 34 clínicas; atención ágil que se hace posible con la instalación de sistemas automatizados. Así como sin una atención de calidad al derechohabiente, posible gracias al trabajo del área del mismo nombre, y que no obstante haberse instalado en 42 clínicas, está operando sólo en un 70 por ciento.

¿Qué ha determinado el comportamiento anteriormente semblanteado? Veamos. La respuesta se puede encontrar en parte, en que el ISSSTE tiene una estructura organizacional y funcional difícil de administrar sólo por su forma. En ella no es raro que dadas las líneas de mando y de

su interrelación, la comunicación se realice no sólo en forma vertical y horizontal sino habitualmente en forma cruzada entre puestos de distinto rango, lo cual unido a los cotos de poder, principalmente de la Federación de Sindicatos de los Trabajadores al Servicio del Estado, FSTSE, hacen que el funcionamiento de los servicios sea particularmente "parcelado".

Tal es la ingerencia de los intereses político-sindicales que bien se puede afirmar que en el ISSSTE lo que predomina es lo político y que lo administrativo, incluso lo médico, es algo que está fuertemente supeditado a las relaciones de poder. Dada esta situación, es claro que cualquier cambio administrativo promovido que no cuente con la voluntad y poder político de un jefe, se enfrente a una gran resistencia, que al ser sistemática termina por abortar cualquier intento de cambio, incluida la modernización.

Como prueba de lo dicho, se tiene el que los módulos de atención al derechohabiente y de automatización no hayan continuado avanzando en la realización de sus objetivos y metas cuando, por ejemplo, renunció en 1997 la Coordinadora de Atención al Derechohabiente y coincide con la renuncia del Director de la UDA dependiente de la SECODAM, que era en realidad el principal autor y promotor del PROMAP.

Estos hechos de índole política dejaron el espacio para continuar con el programa de modernización en el ISSSTE, avanzando a otro ritmo a partir de 1998, muy probablemente en una dirección distinta a la planteada originalmente, pero que en ambos casos parece bastante claro que no hay tanta relación con la teoría de capital humano que hemos venido analizando, como sí con una supuesta continuación de las políticas planteadas por la Declaración de Alma Ata en 1978, tal como lo señalaba el promotor del Programa de Fortalecimiento.

Si no fuera así, preguntemos ¿serán las anteriores acciones respuesta del gobierno mexicano a todas o alguna de las siguientes líneas de "Inversión en Salud" formuladas por el BM?

- ✓ Proteger los derechos y la condición de las mujeres, facultándolas política y económicamente y dotándolas de protección legal frente abusos

- ✓ **Mejorar el gasto público en salud**
  
- ✓ Reducir el gasto público en centros asistenciales de nivel terciario, formación de especialistas y servicios de escasa eficacia en función de los costos
  
- ✓ Financiar y asegurar la adopción de un conjunto de medidas de salud pública, incluida la prevención del SIDA
  
- ✓ Financiar y asegurar la prestación de un conjunto de servicios clínicos esenciales
  
- ✓ Mejorar la gestión de los servicios de salud estatales

En tanto que las recomendaciones del BM son planteadas en parte sobre la base de los resultados y alcances de la Declaración de Alma Ata, mientras que otra parte se refiere a nuevas propuestas, es normal, como ya señalábamos antes, que resulten muy parecidas y hasta puedan confundirse. Ejemplo, "Proteger los derechos y la condición de las mujeres..." podría entenderse que corresponde a las acciones del ISSSTE en que se desea certificar a los Centros de salud como "Amigo de la mujer y del anciano mayor..."

O en otros casos

"Reducir el gasto público en centros asistenciales de nivel terciario, formación de especialistas y servicios de escasa eficacia en función de los costos" "Mejorar la gestión de los servicios de salud estatales".

Estas líneas de acción se podrían hacer corresponder a las acciones del ISSSTE en las cuales como ya vimos se ha trabajado en 8 de 40 clínicas, se ha preparado a 61 por ciento de los recursos humanos, ó al hecho de que cerca de una quinta parte de las clínicas ha logrado contar con servicio automatizado, en un lapso de 5 años.

Sin embargo, las propuestas del BM y también más recientemente las de la OMS, tienen otro significado. Se diferencian cualitativamente de las de Alma Ata, no sólo por la insistencia en un nuevo papel del Estado en ese campo en donde deberá concretar un liderazgo promotor de un mercado competitivo de salud, regulando la estimulando y regulando la actuación del sector privado, publicando niveles de desempeño de los prestadores de estos servicios, incluso su costo, sino, y principalmente, en el énfasis de la relación salud-productividad de los trabajadores y sus familias, asociada a la cuestión del desarrollo de los países; elementos que en el análisis de los datos del programa de Fortalecimiento y PROMAP, así como en el de sus acciones no aparecen formulados por ningún lado.

En el programa de Fortalecimiento sólo se alude a la productividad en el sentido de estímulos al desempeño del personal de la salud, más no como lo sugiere la propia Conferencia de Alma Ata en favor de la población usuaria de los servicios de salud, que en nuestro caso de estudio equivale a favorecer el desempeño de los trabajadores al servicio del Estado. Prevalece, en todo caso, la orientación a una filosofía social, propia de las políticas de salud tradicionales.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El problema de la transición epidemiológica y demográfica en el campo de la salud, así como el de la pobreza y el subdesarrollo en México, dentro del contexto mundial y latinoamericano, referido en el capítulo dos plantean, sin duda, un gran reto en cuanto a su solución. Líneas arriba decíamos que la pregunta clave es si los sistemas de salud, con los arreglos institucionales surgidos hace medio siglo, serán capaces de responder con su transformación y satisfacer los nuevos requerimientos del contexto de un orden capitalista definido como neoliberal, en el cual la productividad y el empleo es la regla de oro del éxito, pero que no se puede conseguir sin educación, capacitación y salud de los trabajadores para lo que es necesario invertir fondos, esto es, invertir en capital humano.

El desafío se traduce entonces en formular estrategias de solución en que la inversión en capital humano, en nuestro caso en su modalidad de salud, y en el sistema de salud del ISSSTE, sean capaces de autofinanciarse gracias a su productividad sectorial y a su contribución a la del resto de la Administración Pública. De modo que en buena parte con esa sola estrategia, se de solución tanto al problema de las necesidades de salud como al financiero que implica su atención.

En el IMSS una estrategia se ha iniciado con la puesta en marcha de la Reforma a la Ley a partir de julio de 1997 y si bien aún es pronto para conocer sus frutos, lo cierto es que en el ISSSTE no se ha planteado una acción semejante.

En dicho Instituto se ha emprendido a partir de 1995, en cambio, una estrategia general de fortalecimiento del primer nivel de atención, siguiendo lineamientos de la Declaración de Alma Ata, y cuyos resultados han tenido un impacto mínimo en la atención de los derechohabientes según se puede derivar de los grados de avance de los proyectos específicos que integran dicha estrategia.

De entre estos proyectos se destacan los avances de 70% y menos de 50% en los módulos de atención al derechohabiente y automatización, respectivamente, módulos que constituyen elementos críticos de éxito del cambio de los servicios de salud del primer nivel, junto desde luego con el rubro médico, que indica un alcance de metas bastante pobres en relación a las planteadas para 1999, -61% en la formación de recursos humanos, 35% en la atención del rezago quirúrgico, y sólo en el paquete básico de atención a la salud se obtiene un avance del orden del 90 por ciento en relación a lo previsto para 1999. En el paquete básico, que es el de las acciones más numerosas de la medicina preventiva cabe señalar que aproximadamente la mitad de las acciones que lo constituyen corresponden a la atención de los padecimientos surgidos recientemente, y la otra mitad, a los de tipo tradicional, lo que significa una distribución equitativa en el tratamiento y atención de los padecimientos.

Por otra parte, tomando en cuenta que la cobertura teórica de atención de la población adscrita a cada una de las 8 clínicas en que se ha implantado (hasta 1999) el nuevo modelo de atención, es del 100%, --según los datos citados por la Subdirección General Médica en el Plan de Fortalecimiento--, entonces los beneficios alcanzan sólo a cerca de 752,248 usuarios de un total de 3'402,739 que están adscritos a las 42 clínicas incluidas en el referido plan.

Lo anterior equivale a un avance, después de 4 años de haberse iniciado la operación del Programa de Fortalecimiento, de únicamente un 22% en la atención teórica con el nuevo modelo a la población adscrita, lo cual habla del lento avance y, en consecuencia, del escaso impacto en la atención médica de los derechohabientes, quedando sin recibir dichos beneficios la población adscrita a 32 UMF que representa el 78% restante de la cifra anotada.

Aunque a principios del segundo semestre de 1999 se anuncia que el alcance será mayor al señalado en el anterior párrafo, dado que se prevé para ese mismo año implantar el nuevo modelo en 12 clínicas más, es decir, que el avance incluiría a 20 clínicas en total, --lo cual es difícil de lograr debido a lo avanzado del año, que es además el año previo a las elecciones--, su logro de todas maneras en caso de darse representaría menos del 50% del total del programa sexenal.

Ello, se traducirá como ya lo señalábamos antes, por tanto, en una operación de las UMF sin apoyo de una ágil atención en 32 ó 34 de ellas; atención ágil que se hace posible con la instalación de sistemas automatizados. Así como sin una atención de calidad al derechohabiente, posible gracias al trabajo del área del mismo nombre, y que no obstante haberse instalado en 42 clínicas, está operando sólo en un 70 por ciento.

Por lo tanto, y en vista de que no existe planteamiento específico para modernizar la Administración Pública mexicana por la vía de la inversión en capital humano por salud, cabe hacer la recomendación al gobierno de que la empresa como una estrategia necesaria y conveniente, dadas las condiciones de escasés de recursos financieros que prevalece hoy día en el sector de la salud.

Ha quedado indicado ya que el nuevo universalismo que sustituye al objetivo de salud para todos en el año 2000, es el de "si los servicios han de ser provistos a todos entonces no todos los servicios pueden ser provistos..." Con ello se procura emprender acciones específicas y discriminadas por su bajo costo, en que el Estado tenga una participación en aquellas acciones en que existan externalidades, como por ejemplo, las campañas sanitarias y de vacunación, y se haga cargo de:

- ✓ Alentar la oferta de seguros sociales o privados (con controles e incentivos para fomentar la equidad y la eficiencia) que cubran los servicios clínicos no incluidos en el mínimo esencial;
- ✓ Difundir información sobre desempeño de los que prestan servicios y sobre los costos de éstos;
- ✓ Alentar la competencia en la prestación de los servicios clínicos (incluidos los financiados con fondos públicos).

Por lo que se refiere al aspecto financiero, se puede concluir:

- ✓ La inversión pública en México, a lo largo de las dos últimas décadas, si bien no se encuentra a nivel de los países desarrollados, tampoco se localiza entre los más bajos del mundo. Más bien puede decirse que se encuentra un poco por encima del promedio latinoamericano y de los países asiáticos, mostrando una tendencia en cuanto al gasto interno de una relativa ventaja frente a otros sectores como por ejemplo, el educativo y la seguridad pública, entre otros.
- ✓ En los últimos cinco años (a partir de 1995) el monto destinado a la salud se reduce comparativamente también menos que en los otros sectores, sin que aparentemente la proporción de 70 a 30 por ciento del gasto destinado a las atenciones curativa y preventiva se haya alterado. Por lo cual se puede decir que en la actualidad se conserva dicha distribución, misma que data desde el periodo en que tiene aplicación las políticas derivadas de la Declaración de Alma Ata.

A partir de 1997, asimismo se puede decir, que adquiere significación el gasto público en salud con carácter de capital humano, quizás no por los montos, que siguen siendo reducidos, ni siquiera por su conceptualización expresa como capital humano, sino porque por primera vez se consigna en los informes de la cuenta pública una delineación más clara de acciones gubernamentales con este carácter, (que esperamos no sea sólo de tipo político) incluida la educación y alimentación a través de programas como el PROGRESA, el cual está a cargo de diversas dependencias del gobierno, entre ellas la SSA en lo referente a la salud.

En síntesis, la inversión en capital humano por salud es una opción prometedora de largo plazo, misma que se puede complementar con acciones como las de automatización, el desarrollo de actitudes de los prestadores del servicio, aparte de otras estrategias como la de invertir en capital humano por capacitación u otras que se decida por su pertinencia.

La idea es contar con más opciones de las cuales disponer para lograr la necesaria modernización del ISSSTE, y a través de él y su papel en el gobierno, la modernización de la Administración Pública mexicana.

Debe considerarse a la inversión en capital humano por salud, asimismo, junto a las modalidades de educación y capacitación, como opciones de alta consistencia para la resolución del problema del bajo desarrollo económico de nuestro país, dado su impacto recíproco. De ello, la recomendación central que se puede desprender es que el gobierno privilegie el fomento de la relación salud-economía como un aspecto estratégico del desarrollo actual y futuro de México. Ello implicará trabajar con mayor constancia y por muchos años, pero seguramente al ser una de las pocas soluciones reales a los problemas del subdesarrollo, que han sido demostradas por estudios científicos, bien vale la pena adoptarla como una estrategia que auténticamente posibilite la modernización.

## BIBLIOGRAFÍA

- AL GORE y National Performance Review; *Reporte sobre la reinención del gobierno*, "Del burocratismo a resultados: Creando un Gobierno que Trabaja Mejor y Cuesta Menos", Traducción de la edición publicada por el Times Books, USA, febrero de 1994
- AYALA, E. José; *Mercado, Elección pública e instituciones*. Una revisión de las teorías modernas del Estado, Miguel Angel Porrúa, México, 1996
- BANCO MUNDIAL; *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud* (resumen), Washington, D. C., 1993
- BARRO, J. Robert; *Health and Economic Growth*, Harvard University, noviembre de 1996
- BECKER, S. Gary; *Human Capital, A theoretical and empirical analysis, with special reference to Education*, Columbia University Press, New York, 1964
- BECKER, S. Gary; *Human Capital*, Columbia University Press, New York, 1977
- BECKER, Gary S.; *Human Capital*, The University of Chicago Press, USA, 1993
- CABRERO, M. Erique; *Del Administrador al Gerente Público*, mimeo, México, 1995
- CALL, Steven, y Holahan, William; *Microeconomía*, Grupo Editorial Iberoamericana, México, 1985
- CAMPBELL, R. H. y Skinner, A.S.; *Adam Smith, Investigación sobre la Naturaleza y Causa de la Riqueza de las Naciones*, Oikos-tau. S.A., España, 1988.
- CEPAL; *Población, salud reproductiva y pobreza*, Oranjestad Aruba, 1998
- CEPAL/OPS; *Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe*, Colombia, 1994
- CEPAL/OPS; *Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe*, Colombia, 1994
- COLEGIO DE LICENCIADOS EN CIENCIAS POLÍTICAS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, A. C.; *Diccionario de Política y Administración Pública*, México, 1980
- CÓRDOVA, Arnaldo; *La Formación del Poder Público en México*, Era, México, 1974

CUEVAS, R. Enrique; *Un modelo de oferta laboral. Efectos de la capacitación en el empleo y los ingresos*, Proyecto de tesis para obtener el grado de Maestro en Ciencias Económicas, UACPyP, UNAM, México, 1997

FUNSALUD, A.C.; *Informe final del estudio intitulado Economía y Salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México*, Resumen de las principales aportaciones, México, octubre de 1994

FUNSALUD, A.C.; Observatorio de la Salud, México, 1997

IMSS,Ciess; *Perspectivas de la Seguridad Social en México y su referente América Latina y el Caribe*, ponencia en el Diplomado "La seguridad Social. De la Reforma hacia la Nueva Estructura", México, abril-mayo de 1998

INEGI; *Estadísticas Históricas de México, vol I*, México, 1994

ISSSTE; *Programa de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención a la Salud en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México*, 1995

ISSSTE; *Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención a la Salud*, Reporte de avance 1997

LECHUGA, Jesús y Chávez, Fernando; *Estancamiento Económico y Crisis Social en México, 1983-1988*, Sociedad y Política, UAM, México, 1989

LÓPEZ M. Jesús; *La capacitación Específica en México: un análisis de las tasas de retorno*, tesis para obtener el grado de Licenciado en Economía, ITAM, México, 1996

MINCER, Jacob; *Human Capital*, National Bureau of Economic Research, Distributed by Columbia University Press, New York, 1974

MINCER, Jacob; *Human Capital and Economic Growth*, Working Paper, Columbia University, 1981

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; *The World Health Report 1999*, USA, 1999

ORTIZ de I., Juan Pablo; *Inversión en Capital Humano en zonas marginadas para la ampliación de la cobertura de los servicios de salud*, Tesis para obtener el grado de Licenciado en Economía, ITAM, México, 1996

OSBORNE, David y GEABLER, Ted; *Un nuevo modelo de gobierno*, Aguilar, México, 1994

PARDO, María del Carmen et al; *Tendencias contemporáneas de la Administración Pública*, INAP, México, 1994

PODER EJECUTIVO FEDERAL; *Programa Nacional de Modernización de la Administración Pública, 1995-2000*, México, 1995

REBOLLEDO, Juan; *La Reforma del Estado en México*, F.C.E., México, 1993

ROEL, R. Santiago; *Estrategias para un Gobierno Competitivo, como lograr una Administración Pública de calidad*, Castillo, México, 1996

SHCP; *Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1995*, México

SHCP; *Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1996*, México

SHCP; *Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1997*, México

SHCP; *Algunos Aspectos del Gasto Público en México*, mimeo, octubre de 1998

SHULTZ, Theodore W.; *Investment in Human Capital*, Collier-Macmillan Limited, London, 1974

SSA, Instituto Nacional de Salud Pública; *Encuesta Nacional de Empleo Médico*, Boletín de Información Estadística No. 13, México, 1993

STPS, Ce.Na.Pro.; *Cuadernos de discusión No 5*, Programa de Planificación de Recursos Humanos, México, 1980

VILLARREAL, René; *Liberalismo Social y Reforma del Estado*, F.C.E. México, 1994

ZWEIFEL, Peter y Breyer, Friedrich; *Health Economics*, Oxford University Press, New York, 1997