

La crisis económica y su repercusión en el sector salud

Martha Palencia
Raúl Molina

Introducción

La grave situación económica que atraviesa el país, ha llevado a una reestructuración, a cambios en la asignación de los recursos orientados a la atención de la salud, por lo que es obligado estudiar cuáles han sido las tendencias y los resultados del patrón actual de asignación de recursos en el sector salud, para poder realizar una planeación adecuada de los recursos sectoriales. La limitación de éstos obliga a investigar la mejor manera de administrarlos en términos de eficiencia y equidad, sobre todo por el enorme reto de cobertura que aún tiene por resolver el sector en el país.

A pesar de la elevada participación de los servicios de salud en la economía nacional, éstos no han sido objeto de un análisis cuidadoso acerca de la contribución económica sectorial, por lo que se considera indispensable fomentar el desarrollo de estudios económicos conjuntos con los estudios sanitarios para lograr una mejor asignación social de los recursos en esta rama, sobre todo en las condiciones de escasez actuales.

Consideraciones generales sobre la cobertura de los servicios y del nivel de salud nacional

La cobertura de los servicios de salud en el país sigue siendo un problema importante dentro del sector que difícilmente podrá ser subsanado en un futuro próximo.

En cifras oficiales la cobertura de los servicios muestra que existe todavía un 9% de la población desprotegida, que en términos absolutos representan

más de 7 millones de individuos carentes de servicios de atención a la salud a finales de 1987.¹

Esta situación se presenta aún a pesar de los grandes avances que ha hecho el sector para abatir el rezago histórico desde 1970 a la fecha. En este periodo la población derechohabiente de las instituciones de seguridad social ha registrado tasas de crecimiento muy superiores al aumento poblacional.

Sin embargo, existen algunas dudas respecto al valor intrínseco del avance en la cobertura, en particular cuando el Sector Salud ha venido resintiéndose una grave carencia de recursos. Las estimaciones de COPLAMAR a finales de los setenta mostraban que la mitad de la población carecía de los servicios reales de salud,² situación que sería difícil de revertir dadas las condiciones actuales de crisis económica por las que ha venido atravesando la nación, y que han reducido fuertemente sus recursos financieros.

Por otro lado, las condiciones de salud en México distan mucho de mostrar un panorama alentador, pues los índices de mortalidad muestran una incidencia muy elevada en edades tempranas y en padecimientos prevenibles que potencialmente pueden ser reducidos, entre otras cosas, con una eficiente distribución de servicios de atención a la salud. La etiología de los padecimientos más comunes aún es propia de los países con bajo nivel de desarrollo, aunque ya se están incrementando los padecimientos crónico-degenerativos dentro de la llamada transición epidemiológica.

Inclusive en fecha reciente las enfermedades infecciosas, diarrea, enteritis, influenza y neumonía, mantienen tasas elevadas dentro de la mortalidad general. En el caso de las enfermedades diarreicas o de enteritis las diferencias con otros países son abismales, pero en el caso de la influenza y la neumonía la diferencia es menor.³

Las enfermedades crónico degenerativas y los accidentes ocupan un primer término en el patrón de morbilidad en el país. Las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos han pasado a ocupar los primeros lugares de mortalidad, aun cuando su incidencia es bastante más baja que la que ocurre en los países más industrializados. La **primer causa de muerte** en el país es, actualmente, la muerte por accidente, la que se ha convertido en una verdadera epidemia nacional.⁴

Uno de los indicadores más utilizados para la evaluación de los servicios de salud es el de la mortalidad infantil, que en el caso de México presenta índices muy elevados a nivel internacional. Este índice que está muy asociado con los niveles socioeconómicos y de desigualdad social, es un reflejo de las condiciones tan dispares que existen en nuestra sociedad. Aproximadamente una tercera parte de todas las muertes que ocurren en el país afectan a niños menores de cuatro años de edad de los grupos de más bajos ingresos, lo cual representa un verdadero reto para los servicios de atención a la salud.

Estos indicadores reflejan una clara visión de los ingentes problemas que en materia de salud le quedan por resolver al país.

¹ 60. Informe de Gobierno de Miguel de la Madrid Hurtado, México, 1988.

² COPLAMAR, Necesidades Esenciales en México: Salud, siglo XXI, México, 1982.

³ López Acuña, Daniel, *La salud desigual en México*, siglo XXI, México, 1982.

⁴ Secretaría de Salud y Asistencia, Programa Nacional de Salud, 1984-1988.

Participación económica del sector salud dentro de la economía nacional

Lejos de lo que se piensa, la participación del sector salud en la economía nacional es muy elevada. La rama 70, denominada servicios médicos (Servicios de Atención a la Salud) en el sistema de cuentas nacionales, que incluye a todas aquellas actividades dedicadas a la prestación de servicios de asistencia médica y social, tanto privadas como públicas, contribuía con un 2.79% del producto interno bruto en 1985, pero 15 años antes sólo alcanzaba a representar el 1.98%. La magnitud del producto interno del sector a precios de 1970 en este año fue de 27 386 millones de pesos, cantidad cuatro veces superior al producto de la industria automotriz, o de diez veces superior al producto de la industria del tabaco.⁵

Al sumar el producto que generan los servicios de salud con el de la industria farmacéutica y globalizando todas las actividades referidas a la atención de la salud, el producto interno que generan estas actividades alcanza la suma de 35 258 millones de pesos constantes en 1985, lo que la constituye en una de las principales actividades económicas del país, con un nivel comparable al producto de la industria petrolera nacional, que ese año generó un producto por valor de 35 264 millones de pesos. El producto interno bruto de los servicios de atención a la salud y de la elaboración de los productos farmacéuticos representa el 3.87% del producto interno bruto de todo el país.⁶

⁵ Secretaría de Programación y Presupuesto, Sistema de Cuentas Nacionales de México, estimación preliminar, 1986, México, 1988.

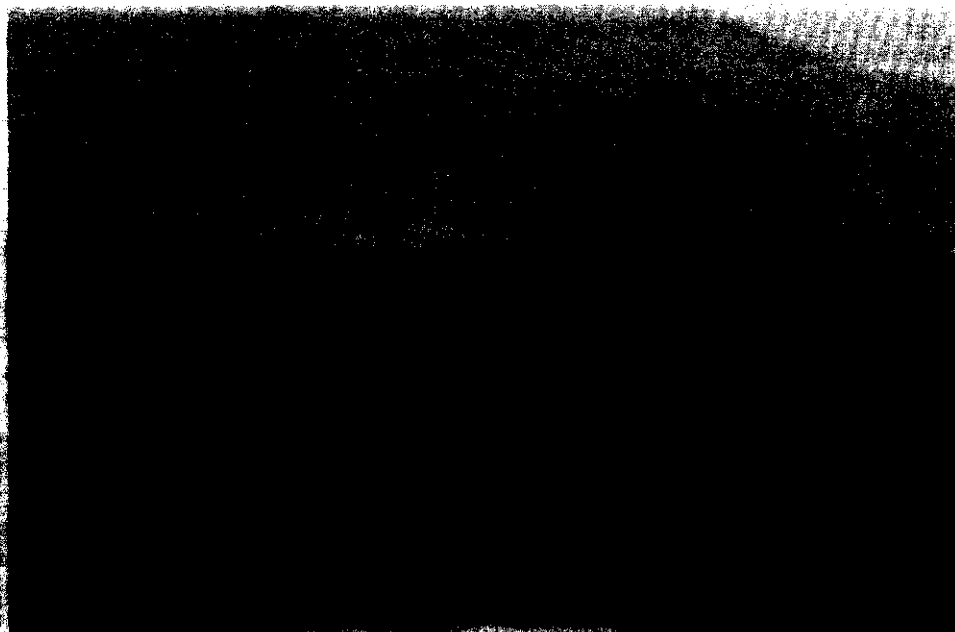
⁶ *Ibid.*

El crecimiento del sector salud a partir de 1970 ha venido aumentando a tasas muy superiores al resto de toda la economía. En los periodos de 1970-1976 y de 1976-1982 los servicios médicos lograron tasas superiores en un tercio, a las ya de por sí elevadas tasas que se registraron en toda la economía; y a pesar de la profunda recesión por la que atraviesa el país, este sector ha venido creciendo a una tasa positiva del 0.32% anual de 1982 a 1986, contra una tasa negativa de crecimiento del -0.75% anual para el resto de la economía en este periodo, aun cuando al igual que el resto del aparato productivo su crecimiento ha sido abruptamente detenido en este periodo (Gráfica 1). Dado que los servicios de salud han registrado un mayor crecimiento histórico que el del PIB nacional, sin duda alguna en su fase ascendente motivados por la elevada elasticidad ingreso y en su fase descendente por su inelasticidad a los precios, es de esperar que la participación de los servicios de salud en el PIB nacional vaya a seguir en aumento.

En el caso de Los Estados Unidos la atención de los servicios de salud ha venido aumentando su participación en el producto interno bruto de ese país en una forma acelerada, lo que ha dado lugar a una preocupación pública por comprender este fenómeno. En 1950 los servicios de salud en los Estados Unidos representaban el 4.6% del producto interno bruto de los Estados Unidos, en 1965 el 5.9% y en 1976 el 8.6%; para la década de 1980 se espera que su participación en el producto sea superior al 10%.⁷

En términos del producto interno de los servicios de atención a la salud *per cápita* en el país,

⁷ Reporte de la *National Commission on the Cost of Medical Care 1976-1977*, American Medical Association, E.U., 1978.



éste casi se ha duplicado en el lapso de 1970 a 1986, al pasar de 180 pesos a 335 pesos a precios constantes en este lapso, lo que significa que a lo largo de este periodo la población ha visto aumentar la disponibilidad de los servicios de salud al doble. En este mismo periodo, el producto nacional *per cápita* ha pasado de 9 095 pesos a 11 001 pesos a precios constantes, lo que representa un aumento de sólo 20% a lo largo de los quince años. Ahora bien, a lo largo del periodo el ritmo de crecimiento ha sido desigual. De 1970 a la fecha, el producto *per cápita* del sector salud ha crecido a una tasa superior a la del producto nacional *per cápita*; de 1970 a 1976 la tasa en salud fue de 5.51% anual, y la del producto nacional de 2.45%;

de 1976 a 1982 el aumento fue 6.46 y 2.78 respectivamente; y, en este momento de severa crisis nacional, el sector salud registra una tasa negativa de -1.91% anual de 1982 a 1986, pero el producto nacional *per cápita* ha descendido a una tasa más alta, del orden del -2.96 en este periodo.⁸

La crisis en términos económicos y sociales ha representado una disminución generalizada de bienes y servicios para la población, incluyendo los servicios de salud, lo que a mediano plazo se revertirá en un mayor deterioro de las condiciones sani-

⁸ 6o. Informe de Gobierno de Miguel de la Madrid Hurtado, México, 1988.

tarias de la población en general. Sin duda, debe esperarse un aumento en la demanda de los servicios de atención a la salud (Véase cuadro 1).

Cuadro 1

**Producto Interno Bruto Nacional
y de los Servicios de Salud. 1970-1986.**
(Tasas de crecimiento medio anual)

Periodo	Nacional %	Servicios de de Salud %	Nacional <i>per cápita</i> %	S. Salud <i>per cápita</i> %
1970-1976	6.13	9.30	2.45	5.51
1976-1982	6.03	9.79	3.16	6.46
1982-1986	-0.75	0.32	-2.96	-1.91

Fuente: Secretaría de Programación y Presupuesto, Sistema de Cuentas Nacionales de México, varios años. Y Secretaría de Programación y Presupuesto, México, Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2000.

Gasto público en salud

La participación estatal en la economía y en la sociedad en general ha aumentado a partir de 1970. De representar el gasto público el 25% del producto nacional en 1970, pasó al 35% en 1976, al 52% en 1982 y en 1987 alcanzó el 54% (Véase Cuadro 2). Sin embargo, este crecimiento debe ser matizado ya que el pago por servicio de la deuda ha aumentado su participación en el monto del gasto público nacional de 1970 a la fecha, pues de representar un 20% en 1970, el 18% en 1976, el 41% en 1982, llegó a representar el 58% del gasto público total en 1987. De acuerdo a los esquemas de clasificación oficial, el gasto público se clasifica como Progra-

mable o no Programable, y dentro de este último se ubica el pago del servicio de la deuda. Así, en estos términos se puede apreciar cómo el monto directamente programable, sobre el cual tiene control el gobierno mexicano, se ha venido disminuyendo sensiblemente, por las remisiones de fondos destinados al servicio de la deuda. Esto significa que del monto global del presupuesto, el gobierno sólo pudo programar un 42% del mismo en 1987, lo que representa una reducción sensible de la capacidad de rectoría del estado mexicano (Véase Gráfica 2).

Los programas de ajuste económico a que se ha sujetado el gobierno mexicano, de una clara orientación neoliberal, han recortado principalmente los gastos sociales, incluidos los de educación y salud.

El gasto social y el gasto en salud tienen dos fases perfectamente diferenciadas de 1970 a 1987. La primera es de 1970 a 1976, en donde la participación de ambos gastos en el producto interno es creciente; de 1970 a 1976 el gasto social pasó del 5.4% al 8.3% y el gasto en salud para el mismo periodo pasó del 3.8 al 5.5%. La segunda etapa ocurre de 1976 a 1987, en donde se encuentra una disminución de los gastos sociales y en salud con respecto al producto interno; para 1982 habían descendido al 7.7% y al 3.7% respectivamente, y para 1987 ambos habían disminuido aún más, hasta llegar al 5.4% y al 2.5%, respectivamente (Véase cuadro 2). Esta tendencia es un reflejo de la orientación de las políticas sociales que ha tomado el gobierno mexicano, bajo las directrices del Banco Mundial.

Esta evolución negativa también puede apreciarse al analizar los diferentes ritmos de crecimiento real que han tenido el gasto público total, social y de salud. El gasto público total de 1970 a 1976 creció a una tasa del 12.7% anual, el gasto social al

Cuadro 2

**Gasto público entre el Producto Bruto.
Gasto: total, social y de salud de 1970 a 1987**

	1970	1976	1982	1987
	%	%	%	%
Gasto total	24.5	35.3	52.2	54.0
Gasto social	5.4	8.3	7.7	5.1
Gasto salud	3.8	5.5	3.7	2.5

Fuente: Secretaría de Programación y Presupuesto, Información sobre Gasto Público, 1970-1980, México, 1984. Miguel de la Madrid Hurtado, 6o. Informe de Gobierno, México, 1988, Gasto público ejercido.

13.7%, y el de salud al 12.2%. A partir de ese año se registra un descenso en el crecimiento del gasto social y de salud, pues éstos alcanzaron una tasa de 4.7% y de -0.7% respectivamente, mientras que el gasto total lo hacía a una tasa del 13.1%; y, para el periodo de 1982 y 1987 la disminución del ritmo de crecimiento de todo el gasto ha sido muy elevado, pues el gasto total crece al 0.8% anual, mientras que el gasto social y el de salud registran tasas negativas de crecimiento del -7.2% y del -7.4%. La disminución del gasto en salud ocurre, sin embargo, desde hace doce años (Véase cuadro 3).

En términos absolutos el gasto público *per cápita* en pesos de 1970 ha aumentado 2.7 veces de 1970 a 1987, pasando de 2 237 a 6 007 pesos, respectivamente. Sin embargo, el gasto público ajustado, sin el servicio de la deuda, sólo aumentó 1.4 veces en ese periodo. La reducción real del gasto público total en términos *per cápita* se presenta a partir de 1982, y para 1987 esta disminución ya

Cuadro 3

**Tasas de crecimiento medio anual del gasto público:
total, social y de salud de 1970 a 1987**

	G. Total	G. Social	G. Salud
	%	%	%
1970-1976	12.7	13.7	12.2
1976-1982	13.1	4.7	-0.7
1982-1987	-0.8	-7.2	-7.4

Fuente: Igual que el cuadro 2.

ha alcanzado el 7% respecto de 1982. Sin embargo, la disminución del gasto total ajustado en ese periodo llegó hasta el 34%. El gasto social *per cápita* tuvo una evolución parecida, y en el lapso del 82 al 87 descendió 39%. Pero si nos referimos a los gastos *per cápita* en salud observamos una evolución diferente, pues su deterioro se inició desde 1977 y este descenso ha significado que el gasto de 1987 sea menor al registrado en 1970 (Gráfica 3). El gasto en salud *per cápita* en 1970 era de 356 pesos a precios constantes de 1970, en 1976 ascendió a 574 pesos, en 1982 descendió a 458 pesos, y para 1987 sólo alcanzaba 279 pesos. De 1976 a 1987 registró un descenso real del 52%, lo cual es realmente preocupante (Véase cuadro 4).

Aún cuando a nivel internacional el gasto en salud se encuentra en un nivel intermedio, para 1978 en México representaba 72 dólares *per cápita* (agregando S. Salud, IMSS e ISSSTE), nivel de gasto muy superior al de los países con ingresos medios, que era del orden de los 15 dólares. Aún así, nos encontrábamos muy lejos del nivel de gas-

Cuadro 4

Gasto público *per cápita*: total, social y de salud de 1970 a 1987

	Pesos de 1970			
	1970	1976	1982	1987
Gasto Total	2 236	3 707	6 471	6 007
Gasto T. Ajust.	1 767	3 065	3 813	2 528
Gasto Social	503	879	960	590
Gasto Salud	356	574	458	279

Fuente: Igual que el cuadro 2.

tos en los países industrializados, que para este año (1978), eran del orden de los 229 dólares.⁹

Distribución de los recursos en el sector salud

Ahora bien, uno de los grandes problemas del sistema nacional de atención a la salud es la manera tan desigual con que acceden a éste los diferentes grupos. Las instituciones de seguridad social disponen de mayores recursos financieros y físicos que los servicios de atención a la salud que se proporcionan a la población abierta. En buena medida, esto es originado por la naturaleza de los ingresos de éstas instituciones, pues mientras en la seguridad social los ingresos principales provienen de las cuotas sobre los sueldos y salarios de los empleados y obreros, en los servicios a la población abierta sus recursos

provienen básicamente de asignaciones directas del gobierno central. Una de las causas de la crisis financiera sectorial es la erosión de sus fuentes de ingreso por el deterioro real de los sueldos y salarios, así como por la reducción del gasto público programable debido al enorme peso de los pagos por el servicio de la deuda que ha venido realizando el gobierno mexicano, y que han reducido sensiblemente sus gastos en salud.

La población derechohabiente de las instituciones de seguridad social en 1970 sólo representaba el 23% de la población del país, participación que se elevó a 51% en 1987; en el lapso de 15 años se duplicó la población amparada en el régimen de seguridad social en términos relativos, y se cuadruplicó en términos absolutos. En el periodo de 1970 a 1976 el IMSS* aumentó su cobertura a una tasa de crecimiento del 8.95% anual y el ISSSTE** lo hizo al 19.48% anual; con este rápido crecimiento, la población amparada en este lapso en ambas instituciones se duplicó en números absolutos. De 1976 a 1982 el número de derechohabientes del IMSS creció a una tasa anual del 8.42% y en el ISSSTE a una tasa del 5.71%; en números absolutos los derechohabientes aumentaron en un 60% en este periodo. Y en lo que va del lapso de 1982 a 1987 la población amparada bajo las instituciones de seguridad social siguió aumentando a tasas superiores al del crecimiento poblacional. En el IMSS el aumento se ha presentado a una tasa anual del 5.45% y en el ISSSTE del 5.66%; es muy significativo, en términos sociales, que la población amparada en estas instituciones no se haya reducido y, antes bien, en

⁹ Lee, Kenneth y Mills, Anne, "Developing Countries, Health, and Health Economics", en *The Economics of Health in Developing Countries*, editado por Kenneth Lee y Anne Mills, Oxford Univ. Press, Oxford, 1983.

* Instituto Mexicano del Seguro Social.

** Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado.

números absolutos la población cubierta se haya visto aumentada en un 19% en este lapso.

Sin embargo, la disposición del presupuesto sectorial a precios constantes no ha crecido a la misma velocidad que el de la demanda, por lo que el gasto real *per cápita* ha sufrido un serio deterioro, como se veía anteriormente para el caso del gasto total en salud, y sólo se observa una ligera mejoría en el caso de la población abierta. Pero como contrapeso negativo se observa un severo deterioro de la población atendida por las instituciones de seguridad social. Así se verifica cómo el gasto *per cápita* a precios constantes de 1987 es menor al de 1970 en un 47% en el IMSS, y en el ISSSTE en un 76%, mientras el gasto de la población abierta se eleva un 51%. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que el gasto de la Secretaría de Salud es sólo el 11% del gasto total en salud a lo largo de todo el periodo.

En el periodo de 1970 a 1976 el gasto *per cápita* de la población abierta sufre un descenso a partir de 1977, y se vuelve a elevar, con variaciones, desde 1982. Por el contrario las instituciones de seguridad social siguen una tendencia decreciente en todo el periodo: de 1982 a 1987 el IMSS ha sufrido un deterioro real del 46%, y el ISSSTE del 53% (Gráfica 3).

Y en el caso de la inversión el descenso es más dramático, pues las tres instituciones de salud nacionales ejercieron en 1985 un presupuesto de inversión *per cápita* a precios constantes menor al que ejercían en 1970. En términos absolutos la inversión en el ISSSTE, a pesar de altibajos, ejerció el mayor presupuesto de capital del sector en los tres periodos analizados. Sin embargo, para 1987, esta institución estaba ejerciendo un presupuesto real *per cápita* 2.4 veces menor que el de 1970. El del

IMSS ha tenido menores oscilaciones de 1970 a 1982, aun cuando de 1982 a 1987 se ha reducido significativamente su inversión histórica, y en este lapso se redujo en 48%. En el caso de la propia Secretaría de Salud, que históricamente ha registrado un bajo nivel de inversión real *per cápita*, en el último lapso se ha reducido a su mínima expresión. El recorte presupuestal de los programas de ampliación de la capacidad instalada y de reposición de los inmuebles, así como del mobiliario y equipo del sistema de salud en el país, indudablemente repercutirán en forma negativa en la operación del sistema en una fecha próxima (Gráfica 4).

El análisis de la demanda y de la oferta de los servicios muestran la existencia de un severo desequilibrio en la prestación de los servicios de salud en el país, pues la mayor cobertura se ha estado haciendo bajo una mayor utilización de la capacidad instalada, sin su debida ampliación y reposición, y con un deterioro real del gasto a precios constantes del sector.

Conclusiones

La importancia económica de la actividad de los servicios de atención a la salud es un hecho incuestionable en el país, y de acuerdo a las tendencias observadas y a la elevada magnitud de la población por atender, es de esperarse su continuo crecimiento.

La deficiente cobertura de servicios de salud a la población y los indicadores de salud, sobre todo el de la mortalidad materno-infantil, muestran una situación poco halagüeña en lo nacional, sobre todo si se compara este nivel con los estándares internacionales. Estos indicadores, de alguna manera

representan un cuestionamiento a la eficiencia y operación actual de los servicios de atención a la salud, así como del modelo de salud vigente en el país.

El problema que enfrenta el sector salud es aún más preocupante, por la severa reducción presupuestal que viene resistiendo el gasto público en salud, tanto de su gasto corriente como de inversión. Esta reducción no ha sido fruto de la severa crisis económica por la que atraviesa el país, sino que ya se venía arrastrando desde mediados de la década pasada, pero ante la limitación presupuestal de hoy se ha agudizado su manifestación. Los diversos planes de contención que se han venido implementando a lo largo de esta última década, bajo la orientación de las políticas del FMI y del Banco Mundial, han erosionado fuertemente las erogaciones destinadas a mejorar el bienestar social, entre ellas particularmente las destinadas a los servicios de atención a la salud.

El crecimiento elevado de la población es otro de los factores que contribuye a desgastar los escasos recursos del sector, tanto por el ritmo de crecimiento propio de la población como por la necesidad de abatir el enorme rezago que en atención a la salud existe en el país.

De este trabajo emerge la necesidad de buscar

una respuesta sectorial más eficiente. El problema no se circunscribe sólo a una mayor disponibilidad de recursos propios o externos, los cuales son poco factibles en este momento, sino tanto a la modificación del paradigma imperante en la atención a la salud. No queda otro camino que la elevación de la productividad y eficiencia de las organizaciones que proporcionan los servicios de atención a la salud a la población.

El problema es enorme, como puede apreciarse. Sin embargo, hay que considerar que el compromiso del sector salud sigue siendo el de elevar el nivel de salud de toda la población, lo cual implica componentes muy heterogéneos y complejos tales como los de equidad y justicia social, que en mucho se escapan al ámbito sectorial. Mientras tanto, aún quedan espacios por mejorar dentro del sector para cumplir con este compromiso social, como sería la búsqueda de estrategias más efectivas tanto del proceso (eficiencia administrativa) como del producto (mayor impacto en el nivel de salud de la población). También deberá incrementarse el empleo de estrategias como las de atención primaria, las cuales responden de una mejor manera a las necesidades de atención a la salud de la población. Este tipo de estrategias van a reclamar creatividad administrativa y una reorientación de los recursos sectoriales. 