

El precio de la salud

I. Introducción

GUILLERMO FAJARDO ORTIZ*

Definitivamente, el costo y el financiamiento de la atención a la salud tienen importancia básica para el logro de las metas de los servicios de salud. Los aspectos económicos en la atención a la salud no se limitan, como suele creerse a obtener, utilizar y administrar recursos y conocer costos, también tienen importancia para determinar los beneficios y los resultados, tanto en salud como económicos. Las mezclas salud-economía, con diferentes enfoques, serán los temas que trataremos.

La medición de los efectos en cuanto a esperanza de vida y mortalidad infantil en relación al producto nacional bruto y al porcentaje del mismo dedicado a salud, una investigación internacional, es el propósito del primer trabajo, que presentaré.

El tema del presupuesto de *Salud para todos*, que implica aspectos y decisiones sociales, políticas, administrativas y no sólo económicas, es el tema que presentará el doctor Juan Manuel Sotelo, quien nos tratará de contestar: ¿De dónde provienen los recursos de *Salud para todos*? ¿Qué hay que dejar de hacer y qué hay que hacer para lograr el presupuesto? ¿De quién es el compromiso de la estructuración del presupuesto? Al tratar de contestar estas preguntas no se debe olvidar que *Salud para todos* no es un asunto sólo del campo de la salud, y de que en la frase *Salud para todos*, la palabra *todos* es la más sujeta a controversias.

Simpósio presentado en Sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina el 10 de abril de 1991.

* Investigador titular, Subjefatura de Investigación, Instituto Mexicano del Seguro Social. Profesor titular, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

El doctor José Laguna nos hablará de opciones y problemas para movilizar recursos para la atención primaria de salud, teniendo en cuenta, también, que dicha estrategia es un tipo de pacto, en que la comunidad está involucrada, al igual que diversos sectores y organismos públicos, sociales y privados. Este tema implica aspectos conceptuales y de método, ya que en la definición de atención primaria de salud que figura en la *Declaración de Alma-Ata* se especifica en cuanto a su costo: "A un coste que la comunidad y el país puedan soportar", siendo, por otra parte, uno de los objetivos de su creación que dicho servicio se autofinancie a la brevedad posible.

Los servicios de salud obedecen a intercambios entre instituciones y usuarios, y también obedecen a los principios de oferta y demanda, pretendiendo lograr la satisfacción adecuada de las partes, pero no en la forma tradicional económica, dependen además del comportamiento de otorgantes y usuarios, pero también están condicionados a los ciclos de vida, difusión y conocimiento de nuevos productos, medicamentos y aparatos. Este es el cuarto tema de este simposio, que presentará el licenciado José Luis Gómez Leal.

El futuro del financiamiento de la atención de la salud requiere de una concepción amplia de la planeación y administración de la salud y de una visión global de las probables políticas sociales y económicas. Este tema será tratado por el doctor Antonio Alonso Concheiro, basándose en los escenarios de salud, como instrumentos pronósticos que ayudan a estimar en forma sistemática las probabilidades de diferentes acontecimientos en el porvenir.

II. Producto Nacional Bruto, esperanza de vida y mortalidad infantil. Una investigación a nivel mundial

GUILLERMO FAJARDO ORTIZ

1. El porqué del estudio

El presente trabajo se refiere, exclusivamente a una investigación sobre la relación del Producto Nacional Bruto (PNB) per cápita por año, el porcentaje del mismo dedicado a salud y las relaciones de los anteriores con la esperanza de vida en hombres y mujeres (EVH y EVM) y con la tasa de mortalidad infantil (MI); investigación practicada a nivel internacional.

La hipótesis de que se partió para elaborar este estudio es bien conocida, a medida que aumenta el PNB per cápita por año y el porcentaje del mismo dedicado a salud aumenta la esperanza de vida y disminuye la mortalidad infantil.

Es importante recordar que la crisis financiera de los últimos años ha dado lugar, en muchas partes, a estancamientos económicos y a problemas en la población en cuanto a la caída de los niveles de vida referentes a salud, desnutrición, educación, habitación, etc. Se calcula que en la década pasada, los ingresos medios descendieron casi un 10% en la mayor parte de América Latina y más de un 20% en el África Sahariana, regiones donde aumentó la mortalidad infantil. La Organización Mundial de la Salud señaló (OMS) que hubo una reducción del gasto en atención a la salud por habitante en más de las tres cuartas partes de los países de África y América Latina, cerrándose centenares de servicios de salud y muchos de los que estuvieron en funciones sufrieron deficiencia de recursos.

Al tener los países diferentes magnitudes en el PNB y diferentes cantidades de gasto en salud ¿Qué ocurre con la esperanza de vida? y ¿Qué ocurre con la mortalidad infantil? al compararse entre países.

La esperanza de vida y la mortalidad infantil fueron seleccionados para este trabajo, porque la primera es afectada por la mortalidad general, el saneamiento ambiental, las condiciones de vida, el avance científico y los cambios económicos; y la segunda, porque la tasa de mortalidad infantil es uno de los indicadores más sensibles a las variaciones de las condiciones económicas, sociales y sanitarias de una área determinada. Además es importante recordar que la esperanza de vida, la mortalidad infantil y el Producto Nacional Bruto son indicadores de bienestar aceptados por la OMS.

2. Antecedentes

Fue Francois Quesnay (1694-1774), médico del Rey Luis XV y de Madame Pompadour, quien a través de *Tableau Économique*, en 1758, por primera vez mostró las relaciones y las analogías entre las ciencias médicas y la economía nacional. Quesnay recurrió al ejemplo de la circulación sanguínea para explicar la distribución y circulación del ingreso nacional entre propietarios, granjeros, comerciantes, artesanos, fabricantes, médicos y otros profesionistas liberales. La base de su teoría fue el trabajo del médico inglés William Harvey (1578-1657), descubridor de la circulación de la sangre. Quesnay es considerado el precursor en el campo de la economía cuantitativa y de la econometría de todas las teorías de circulación de dinero y bienes y de la riqueza; es el representante más famoso de la escuela fisiocrática del siglo XVIII.

Por otra parte los antecedentes más completos en cuanto al estudio que nos ocupa han sido realizados por la Organización Mundial de la Salud, siendo de los más conocidos los efectuados por Abel Smith y C.E.A. Winslow hará unos 40 años, a partir de entonces hay numerosos estudios internacionales, en particular los realizados por el Banco Mundial.

3. Bases y limitaciones

El estudio se basó en información obtenida oficialmente a través de un cuestionario elaborado por la Federación Internacional de Hospitales con sede en Londres. Se solicitó información en 1989 a los organismos gubernamentales de salud de todos los países del mundo, hubo respuestas de 60, dos de América del Norte, ocho de América Latina, veinte de Europa, veintinueve de Asia, siete de África y dos de Oceanía. Alguna información proporcionada no fue coincidente con la proveniente de otras fuentes, sin embargo se reitera, fue información oficial.

Fue un enfoque dinámico y temporal, se estudió lo que pasó durante un año, fue un corte transversal; este año se esta repitiendo el estudio con propósitos comparativos.

Las limitaciones que se encontraron son bien conocidas, conceptuales y prácticas: delimitación del campo de la salud, precisión del PNB y su porcentaje dedicado a salud, existencia de barreras metodológicas en cuanto a determinación de la esperanza de vida y la tasa de mortalidad infantil y calidad de la información en general.

En relación al primer problema se consideró la dificultad para precisar el ámbito del sector salud y diferenciarlo de otros, en particular los que conforman el área terciaria de la producción, o sea la de servicios, como es educación, seguridad social, obras públicas, etc.

En cuanto al PNB *per cápita* por año, uno de los indicadores económicos más difundidos, indica la relación entre el valor monetario total de la producción nacional anual y el número de sus habitantes. Una restricción en su uso es que configura en índice de producción económica y no de ingresos percibidos para el consumo. Asimismo al manifestarse en cifras absolutas, por una parte se está expuesto a graves distorsiones y por otra al tratarse de cantidades promedio no informa sobre la producción de la distribución que genera el mismo. También hay riesgo al compararlo entre países ya que los diversos tipos de cambio no traducen en general el valor real adquisitivo de las cantidades económicas. El PNB se presenta en dólares norteamericanos.

Otra limitante importante se refirió al porcentaje del PNB dedicado a salud, su valor radica en la idea de que a mayor gasto en salud hay más recursos y servicios, no es una medida de la magnitud de los mismos, dado que depende básicamente de lo que dichos recursos y servicios cuestan y significan en cada país, tampoco traduce impacto en la morbilidad, ni necesidades de salud. En otros términos el porcentaje del PNB dedicado a la salud es un indicador que se puede considerar como una medida absoluta de los recursos destinados y de los servicios otorgados a salud si el valor monetario resultante pudiera ser adecuadamente estandarizado para eliminar las distorsiones provocadas por la inflación y el distinto potencial adquisitivo de las unidades monetarias, cuando se hacen comparaciones entre diversos países. Se debe agregar que en la mayoría de los casos es difícil obtener información sobre la dinámica económica que se presenta en la atención a la salud de carácter privado.

4. Hallazgos e interpretaciones principales

Quizás lo más notable de la investigación fue la gran heterogeneidad de los hallazgos encontrados, lo que probablemente traduce las diferentes circunstancias en cantidad, calidad y clasificación de la información y variedad de los sistemas de salud de los países. (Tablas I y II).

En relación al PNB *per cápita* por año, tres países no informaron. La cifra menor fue de 200 dólares y la mayor de 18,630, esta última cantidad correspondió a Estados Unidos.

En cuanto al porcentaje del Producto Nacional Bruto dedicado a salud, dejaron de informar 17 países. Las cifras oscilaron entre el 2% y el 19.3% seis países dedicaron más del 10 %, fueron: Estados Unidos, Mongolia, Alemania Oriental, Cuba, Puerto Rico y Costa Rica. En general, aunque hay excepciones puede deducirse que el porcentaje dedicado a salud aumenta a medida que es más alto el PNB.

En relación a la esperanza de vida, no se obtuvo información de dos países: Finlandia y Qatar. En hombres la cifra

Tabla I. PNB PER CÁPITA, MORTALIDAD INFANTIL Y ESPERANZA DE VIDA EN 60 PAÍSES.

País	PNB	Mortalidad infantil	Esperanza de vida	
			Hombres	Mujeres
1 Albania		40.0	69.0	69.0
2 Mongolia		46.0	64.0	66.0
3 Qatar		.	.	.
4 Burma	200	14.0	61.0	63.0
5 India	232	100.0	59.0	59.0
6 China	300	33.0	68.0	72.0
7 Sri Lanka	300	34.0	68.8	71.7
8 Kenya	300	73.0	54.0	56.0
9 Zambia	320	90.0	53.0	54.0
10 Senegal	420	129.0	50.0	55.0
11 Cuba	443	6.0	73.0	73.0
12 Indonesia	590	85.0	53.0	53.0
13 Nigeria	640	85.0	54.0	54.0
14 Egipto	760	97.0	57.0	59.0
15 Tailandia	810	40.0	62.2	66.1
16 Jamaica	840	18.0	70.0	73.0
17 Botswana	840	72.0	59.0	59.0
18 Filipinas	883	54.2	62.0	65.0
19 Tunisia	1,140	60.0	64.0	65.0
20 Colombia	1,230	8.0	63.0	63.0
21 Jordania	1,540	50.0	67.0	71.0
22 Brasil	1,810	9.0	61.0	63.0
23 México	1,860	46.0	64.0	68.0
24 Malasia	1,961	13.0	69.1	73.3
25 Hungría	2,020	15.8	65.6	73.6
26 Portugal	2,250	16.0	69.3	76.2
27 Yugoslavia	2,300	25.0	70.0	70.0
28 Panamá	2,330	23.0	70.0	74.0
29 Corea	2,370	6.0	64.9	71.3
30 Costa Rica	2,856	18.0	73.0	73.0
31 Grecia	3,680	2.0	72.0	75.0
32 U.R.S.S.	4,550	25.0	70.0	73.0
33 Chipre	4,704	12.0	72.3	77.0
34 España	4,860	9.0	72.0	75.0
35 Irlanda	5,070	8.9	70.0	75.0
36 Puerto Rico	5,615	14.2	70.2	77.2
37 Israel	6,210	11.9	73.5	77.0
38 Hong Kong	6,910	8.0	74.1	79.6
39 Arabia Saudita	6,950	72.0	65.0	67.0
40 Alemania (E)	7,180	13.0	71.0	73.0
41 Singapur	7,310	9.0	69.0	72.0
42 Nueva Zelanda	7,460	11.0	74.0	76.8
43 Italia	8,550	10.0	71.0	71.0
44 Reino Unido	8,870	9.5	71.5	77.4
45 Bélgica	9,230	12.0	69.8	76.6
46 Holanda	10,020	8.1	72.0	79.0
47 Francia	10,720	8.3	71.2	79.3
48 Australia	11,290	8.7	72.3	78.7
49 Alemania (O)	12,080	9.0	71.2	77.8
50 Finlandia	12,160	6.0	.	.
51 Dinamarca	12,600	8.2	71.6	77.5
52 Brune	12,770	9.9	70.0	73.0
53 Japón	12,840	5.5	74.7	80.4
54 Suecia	13,160	6.0	74.0	76.8
55 Kuwait	13,890	19.0	70.0	74.0
56 Canadá	14,120	7.0	73.0	79.0
57 Bahrein	14,700	18.4	65.8	68.8
58 Noruega	15,400	10.0	76.0	79.0
59 Suiza	17,680	7.1	72.5	79.0
60 Estados Unidos	18,630	10.4	71.3	78.3

Fuente: Federación Internacional de Hospitales 1990.

Tabla II. PORCENTAJE DEL PNB DEDICADO A SALUD, MORTALIDAD INFANTIL Y ESPERANZA DE VIDA EN 60 PAISES.

País	Porcentaje PNB dedicado a salud	Mortalidad infantil		Esperanza de vida	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1 Brasil		9.0	61.0	63.0	
2 Colombia		8.0	63.0	63.0	
3 Albania		40.0	69.0	69.0	
4 Alemania (E)		13.0	71.0	73.0	
5 Grecia		2.0	72.0	75.0	
6 Noruega		10.0	76.0	79.0	
7 U.R.S.S.		25.0	70.0	73.0	
8 Yugoslavia		25.0	70.0	70.0	
9 Burma		14.0	61.0	63.0	
10 China		33.0	68.0	72.0	
11 Hong Kong		8.0	74.1	79.6	
12 Filipinas		54.2	62.0	65.0	
13 Qatar		-	-	-	-
14 Arabia Saudita		72.0	65.0	67.0	
15 Sri Lanka		34.0	68.8	71.7	
16 Botswana		72.0	59.0	59.0	
17 Senegal		129.0	50.0	55.0	
18 Brunei	2.00	9.9	70.0	73.0	
19 Indonesia	2.00	85.0	53.0	53.0	
20 India	2.10	100.0	59.0	59.0	
21 Malasia	2.10	13.0	69.1	73.3	
22 Egipto	2.40	97.0	57.0	59.0	
23 Kenia	2.50	73.0	54.0	56.0	
24 Nigeria	3.00	85.0	54.0	54.0	
25 Portugal	3.80	16.0	69.3	76.2	
26 Hungría	3.90	15.8	65.6	73.6	
27 Chipre	3.90	12.0	72.3	77.0	
28 Corea	4.30	6.0	64.9	71.3	
29 Tailandia	4.32	40.0	62.2	66.1	
30 México	4.50	46.0	64.0	68.0	
31 Tunisia	4.50	60.0	64.0	65.0	
32 Bahrain	5.00	18.4	65.8	68.8	
33 Japón	5.00	5.5	74.7	80.4	
34 Dinamarca	5.20	8.2	71.6	77.5	
35 España	6.00	9.0	72.0	75.0	
36 Kuwait	6.00	19.0	70.0	74.0	
37 Italia	6.10	10.0	71.0	71.0	
38 Reino Unido	6.10	9.5	71.5	77.4	
39 Bélgica	6.20	12.0	69.8	76.6	
40 Singapur	6.50	9.0	69.0	72.0	
41 Jordania	6.70	50.0	67.0	71.0	
42 Finlandia	6.90	6.0	-	-	
43 Irlanda	7.00	8.9	70.0	75.0	
44 Nueva Zelanda	7.00	11.0	74.0	76.8	
45 Zambia	7.20	90.0	53.0	54.0	
46 Suiza	7.30	7.1	72.5	79.0	
47 Israel	7.50	11.9	73.5	77.0	
48 Australia	7.50	8.7	72.3	78.7	
49 Jamaica	8.00	18.0	70.0	73.0	
50 Panamá	8.00	23.0	70.0	74.0	
51 Holanda	8.60	8.1	72.0	79.0	
52 Canadá	8.62	7.6	73.0	79.0	
53 Francia	9.20	8.3	71.2	79.3	
54 Suecia	9.40	6.0	74.0	78.8	

55 Estados Unidos	11.10	10.4	71.3	78.3
56 Mongolia	11.50	46.0	64.0	66.0
57 Alemania (O)	13.10	9.0	71.2	77.8
58 Cuba	15.00	6.0	73.0	73.0
59 Puerto Rico	18.00	14.2	70.2	77.2
60 Costa Rica	19.30	18.0	73.0	73.0

Fuente: Federación Internacional de Hospitales 1990.

menor fue de 50 y la mayor de 76, en mujeres fueron respectivamente 53 y 80; siempre las cifras mayores se presentaron en el sexo femenino.

En el caso de la tasa de mortalidad infantil sólo un país dejó de informar, Qatar. La cifra menor fue de 2 y la mayor de 129.

El análisis estadístico se basó en la correlación de coeficientes de Spearman. Cuando hay niveles bajos del PNB *per cápita* por año y del porcentaje del mismo dedicado a salud la esperanza de vida es baja y la mortalidad infantil es elevada (Tabla III). Sin embargo el estudio mostró que alrededor de un PNB de 500 dólares, la esperanza de vida y la tasa de mortalidad infantil se estabilizan, permaneciendo casi constantes a medida que el PNB crece, pero es importante referir que hubo excepciones y contrastes, por ejemplo los Estados Unidos tuvieron un PNB *per cápita* cuatro veces superior de Cuba y una esperanza de vida no muy diferente, en cuanto a mortalidad infantil la tasa fue más alta en Estados Unidos que en Cuba.

Cuando el PNB *per cápita* por año llegó a \$2,250.00 la esperanza de vida empezó a ser de 70 años y la MI presentó cifras de 2 a 25; la excepción fue Arabia Saudita donde el PNB fue de 6,950 y la MI fue de 72, tasa considerada elevada.

La relación entre el porcentaje del PNB dedicado a salud y la esperanza de vida por un lado y por otro entre dicho porcentaje y la MI son menos claras (Tabla IV), sin embargo cuando empieza a dedicarse más de un 7% a salud la esperanza de vida comienza a ser arriba de 70 años y la MI empieza a declinar.

Conclusiones

De acuerdo a la información obtenida a nivel internacional hay cierta correlación positiva entre el PNB y la esperanza de vida; la conexión se convierte en negativa al comparar dicho indicador económico con la tasa de mortalidad infantil. La situación es semejante en cuanto al porcentaje del PNB dedicada a la salud, aunque menos marcada, cifras económicas bajas parecen coincidir con esperanzas de vida limitadas y mortalidad infantil alta.

Tabla III.

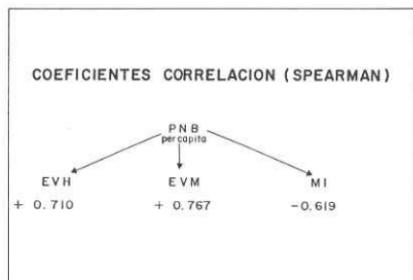
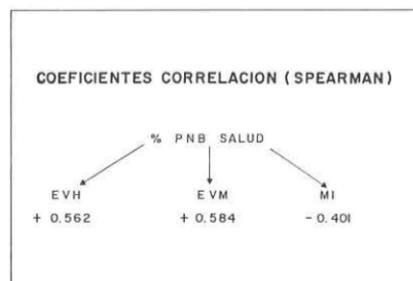


Tabla IV.



*El análisis estadístico de la información presentada fue analizada por el Físico Hugo Gárces Sete de la sección bioestadística de la Jefatura de Investigación del IMSS.

Referencias

1. Cullis JG y West PA. Introducción a la Economía de la Salud. Biblioteca de Economía. Desclée de Brouwer Bilbao, España, 1984.
2. Rizzi CH, Feld S y Veronelli JC. Introducción a la Medicina Sanitaria. López Libreros Editores S.R.C. Junin 901, Buenos Aires, Argentina. 1973.
3. The International Hospital Federation: A guide to health services of the World. London, Great Britain. 1990.
4. World Development Report 1990. Poverty. Oxford University Press. Washington, D. C. 20433. U.S.A. 1990.

III. El presupuesto de la salud para todos en el año 2000

JUAN MANUEL SOTELO*

¿Por qué ocupamos del presupuesto de una de las metas mundiales para el desarrollo humano, si sólo podrán hacerse reflexiones generales sobre un asunto que es -y debe ser- sujeto de decisiones nacionales, tomadas en diferentes contextos y para diversas situaciones particulares? ¿No fueron, acaso, suficientes, las reflexiones de Alma Ata, o las que los cuerpos directivos de la Organización Panamericana de la Salud tradujeron en las metas regionales y la estrategia regional? ¿No tendrán razón los críticos que destacaron que no pueden fijarse precios para las metas globales, y que éstas no conllevan su materialización como parte de planes nacionales o internacionales, concluyendo que la relación entre progreso nacional y metas globales son, en realidad, sólo coincidencias eventuales?

El examen de los cambios en el desarrollo humano producido en ésta última mitad del último siglo del segundo milenio de nuestra era no permite suponer los frutos de la casualidad. Los mil millones de seres humanos de 1830 se hicieron dos mil en 1930, tres mil en 1960, cuatro mil en 1975 y cinco mil en 1986.¹ Algo más de seis mil millones se asomarán al siglo XXI. Y este crecimiento inédito no expresa el crecimiento de los países avanzados, sino el del tercer mundo, que reunía al 67% de la población mundial en 1950, al 75% en 1980 y que poseerá en el año 2000 el 80%.²

La causa del crecimiento poblacional no está en el aumento de la fertilidad sino en el abatimiento de la mortalidad. Las cifras anteriores expresan una notable reducción de la mortalidad del mundo en desarrollo, la misma que resumen las modificaciones de la expectativa media de vida al nacer, que pasaron de 46 a 62 años entre 1960 y 1987.

En esta segunda mitad del siglo millones de seres humanos vieron, desde las pantallas de sus televisores, al planeta, que navega por el espacio tiempo transportando al fenómeno humano. Todos percibimos la nascente conciencia planetaria anticipada por Teilhard de Chardin,³ conciencia que parece afinar decididamente que la única real riqueza de las naciones es la población (no sólo en su dimensión cuantitativa) y muchos contemplamos con asombro el cambio en la relación del este y el oeste simbolizado por el derrumbe del muro de Berlín.

*Representante de la Organización Panamericana de la Salud. México

El reexamen del presupuesto de la *Salud para todos* se hará desde una perspectiva provinciana, desde esta América Latina y este Caribe que forman parte del Sur -en esa confrontación aún persistente con el Norte- y desde la perspectiva temporal de esta última década del siglo, fresca aún en la memoria la vivencia de la "década perdida", década en la cual, a pesar de que el ingreso *per cápita* del Sur es apenas un 6 % del ingreso *per cápita* del Norte, los países del Sur han transferido al norte más de 30,000 millones de dólares por año, en tanto que los precios de las materias primas alcanzaban el punto más bajo desde la gran depresión de los 30's.

Desde estas coordenadas espacio temporales intentaremos reflexionar sobre el presupuesto de la *Salud para todos*, incorporando en esta reflexión las lecciones de los últimos decenios. Esta incorporación podría, en el largo plazo, convertir en "década ganada" a la "década perdida". No buscamos ya idílicos equilibrios. Aprendimos y F. Perroux lo expresaba hace varias décadas, que el progreso transcurre a través y por el desequilibrio. Pero anotaba que la planeación debía prever y evitar las consecuencias dañosas de esos desequilibrios. Y estamos aprendiendo cómo hacerlo. Las múltiples experiencias regionales y nacionales están proveyéndonos de una base empírica para la formulación de políticas específicas, para perfeccionar la asignación de recursos entre los sectores y dentro de los sectores, para atenuar los efectos de las crisis y para traducir en progreso social acelerado, las bonanzas. (Se reconoce pues, la inevitabilidad perpetua del desequilibrio dentro de cada sociedad.)

Cuando en la década de los 50's se difundió el concepto de inversión social, de Th. Schultz, los planificadores sociales creyeron que su causa estaba ganada. En las décadas siguientes aprenderíamos que la rentabilidad económica de los gastos en educación o en salud "la inversión en nosotros" mismos, como decía Schultz, requería una economía de pleno empleo capaz de aprovechar la mayor capacidad de trabajo de personas más sanas y educadas. Pero en forma progresiva se fue aceptando al hombre como "medio" y como "fin" del desarrollo, aunque sólo recientemente se hayan generalizado indicadores para medir el desarrollo humano.

La polémica se desplazó entonces al crecimiento económico y a la distribución de los frutos del crecimiento, como alternativas excluyentes. Hoy sabemos que la vinculación entre crecimiento económico y progreso humano no es automática. El Producto Nacional Bruto (PNB) es un indicador útil para medir el crecimiento económico, aunque no de su distribución.

Brasil, 2,020 \$USA de PNB *per cápita*, ostenta una expectativa de vida de 65 años, un 78% de alfabetismo adulto y una mortalidad infantil de 40%.

Costa Rica, con 1,610 \$USA de PNB *per cápita*, tiene una expectativa de vida de 75 años, un 93 % de alfabeto adulto y

una mortalidad infantil de 18%.

La comparación resulta aún más evidente entre Sri Lanka, con 400 dólares *per cápita*, 71 años de expectativa de vida, 87% de alfabetismo y 70% de mortalidad infantil y

Arabia Saudita con 6,200 dólares, 64 años, 55% de alfabetismo y 70% de mortalidad infantil.

La experiencia chilena (como la de Zimbawe o Sri Lanka) nos ha mostrado que los indicadores de mortalidad pueden mejorarse espectacularmente sin crecimiento económico y aún en un contexto social regresivo. Sabemos pues, que en corto plazo pueden obtenerse progresos de diferentes aspectos de la situación social con crecimientos bajos, con estancamiento y aún con regresiones económicas. Pero sabemos también que para que el progreso social pueda continuar en el mediano y largo plazo, el crecimiento económico es indispensable, y que el crecimiento con equidad es posible. Al mismo tiempo que adquiriéramos un arsenal de intervenciones con efectos redistributivos, aprendimos que una buena distribución primaria tiene la más alta efectividad y que dos de las estrategias disponibles para lograrlo, la distribución adecuada de los activos y la expansión de oportunidades de empleo productivo, han resultado exitosas en varios países, extendiéndose sus efectos por plazos largos.

Hemos revalorizado nuestra confianza en la eficacia del libre mercado para la asignación de recursos, aunque sabemos que no asegura *per se* la justicia distributiva. Libertad, equidad y solidaridad son todos ellos objetivos irrenunciables y las sociedades no admiten el sacrificio de uno para alcanzar el otro. La solidaridad fortalece el tejido social y es un medio apto para consolidar la integración nacional.⁵

Si se comparan los cambios recorridos tras el desarrollo humano en diversas regiones del planeta, pueden obtenerse indicaciones valiosas.

América Latina y el Caribe reúnen 22 países de más de un millón de habitantes, de los cuales sólo uno (Haití) está en el tramo de menores ingresos (hasta 500 dólares *per cápita*). El Este y Sudeste asiáticos comprende 15 países de más de un millón de habitantes, de los cuales China, Indonesia, Kampuchea, Laos y Vietnam están en el tramo de menores ingresos.

Sin embargo, el conjunto de los países del Este y Sureste asiáticos ha realizado un notable avance en su desarrollo social (o humano, como se tiende a expresar). Con un producto *per cápita* de alrededor de 470 dólares (contra 1,790 de América Latina y el Caribe), la expectativa de vida ha pasado de 47 en 1960 a 68 años en 1988, en tanto en América Latina y el Caribe pasó de 56 a 67. La población adulta alfabetizada representa un 75%, contra el 73% de América Latina y el Caribe. La mortalidad de menores de 5 años es de 61 % (contra 79 en nuestra región).

La proporción del PNB que en los países del Este y Sudeste

asiáticos su gasto en educación y salud es de 3.5% y 0.8% respectivamente, contra 3.5% y 1.2% en América Latina y el Caribe. El número de habitantes por médico es allá de 2400, mientras que es de 1200 entre nosotros. Pero allá el porcentaje de población con acceso a servicios de salud es de 75 y sólo de 61 entre nosotros.

El gasto proporcionalmente igual en educación se distribuye de diferente modo. Si la proporción de matrículas en educación primaria y secundaria son análogos, la matrícula terciaria masculina es de 5.4% y la femenina de 3.6%, en tanto que en América Latina y el Caribe son de 18.6% y 21.3% respectivamente. (El costo por estudiante de la educación terciaria era, en 1973, 24 veces mayor que en la primaria. En ese año los países en desarrollo cubrían un 8% de su población con educación terciaria, la cual absorbía el 73% del presupuesto total de educación).

Los países del Este y Sudeste asiáticos, con proporción de gastos militares mucho mayores que América Latina y el Caribe (5.2% contra 1.5%) han priorizado y elegido intervenciones de menor costo, o mayor efectividad, para el desarrollo social. La experiencia de Costa Rica, entre nosotros, apoya lo anterior.

En el interior de las regiones, lo mismo que en el interior de los países, las disparidades se multiplican. La disparidad urbano-rural se mantiene, en tanto la urbanización acelerada de nuestra región se acompaña de urbanización de la disparidad y la pobreza. En los tugurios de Puerto Príncipe la mortalidad infantil es en el primer año de más de 200% y de más de 300% en los dos primeros años, tasas casi tres veces superiores a las de las áreas rurales. En algunos enclaves de pobreza de Buenos Aires o Montevideo, las tasas de mortalidad infantil superan cinco o seis veces la de esos conjuntos urbanos.

Las disparidades entre hombres y mujeres, comienzan recién a atenuarse en el mundo en desarrollo, a pesar de que hemos aprendido la altísima rentabilidad social del progreso humano de la mujer. El mayor alfabetismo femenino está estrechamente relacionado con reducción de la fertilidad, descenso de la mortalidad infantil y mejoramiento de la situación nutricional de la familia.

Finalmente, la disparidad de ingreso, la diferencia entre ricos y pobres, se asocia estrechamente a diferencias en el progreso humano.

En México, la expectativa de vida de un individuo del *decil** de ingresos más bajo era, a principios de los 80's, 20 años menos que la de otro del *decil* de ingresos más altos. En Colombia, la mortalidad infantil en las familias pobres era el

doble de las de los niños del *decil* de ingresos más altos.

Pero en tanto el avance de la democracia, otorgando o fortaleciendo la voz de los grandes grupos de población que participan con bajos porcentajes en la distribución del ingreso nacional, logre atenuar esas disparidades, los conocimientos adquiridos permiten aplicar políticas sociales de probada efectividad con costos que en general no superan los dos o tres puntos porcentuales del producto nacional.

La combinación de servicios generalizados e intervenciones selectivas dirigidas a subpoblaciones específicas de alta vulnerabilidad, permiten garantizar una alimentación suficiente para todos. Para seleccionar las combinaciones adecuadas, hemos aprendido a valorar la magnitud del ingreso y la mayor o menor equidad de su distribución.

Podemos afrontar crisis y periodos de ajuste, evitando el sacrificio humano que antes tenían como obligada consecuencia, pero para ello, las políticas no pueden concebirse como declaraciones.

Deben alcanzarse esa "hora de la verdad" que caracteriza al presupuesto. Y ese presupuesto debe convertirse en acto sin que la implementación de diferencias en la ejecución presupuestaria distorsionen el proceso, convirtiendo a la estructura del gasto en una realidad distinta de la estructura del presupuesto. Se necesita voluntad política. Pero también, además, capacidad administrativa.

En casi todos los países se emprenden esfuerzos para redimensionar el Estado. "Lo que se requiere es un sector público más pequeño, pero más efectivo, capaz de crear un marco de desarrollo constructivo y de orientar las inversiones privadas hacia áreas prioritarias para el desarrollo humano".⁶ (Fishlow señala que las presunciones de que hay beneficios con una conducción pública, ya no son orientadoras de las estrategias de desarrollo en la región. En cambio hay una nueva vitalidad que clama por las ventajas de la liberalización del mercado y la privatización de empresas públicas). Porque aunque el objetivo declarado como principal por todos los gobiernos suele ser el mejoramiento del desarrollo humano para toda la población, todos sabemos que esos gobiernos están sujetos a múltiples presiones internas y externas, así como que la reasignación de recursos afecta, muchas veces, intereses de grupos con alto poder de influencia y presión.

No será, probablemente, el reclamo de los sectores sociales el elemento que induzca la reducción de los gastos militares del mundo en desarrollo, aunque la proporción sobre el PNB haya pasado entre 1960 y 1986 de 4.2% a 5.5% y en los países de menores ingresos de 2.1% a 3.8%. Pero sí puede serlo la reducción observada en los países avanzados (de 6.3% a 5.4%), así como cambios políticos que refuerzan la estabilidad del orden internacional, o la generalización de opiniones como la reciente de Peter Drucker, poniendo en duda la eficacia de los ejércitos para definir las guerras modernas.

* (mas de 10) cualquiera de los nueve números que aparecen en una serie, dividiendo la distribución de los individuos en series de diez grupos de igual frecuencia.

Pero debe destacarse que la resistencia de corporaciones y grupos de interés no es privativa de la asignación intersectorial.

En el interior de cada sector, la reasignación de recursos tropezará con grupos de intereses o grupos de presión que defienden -muchas veces de buena fe- la preeminencia de sus enfoques. El conocimiento adquirido, y el que pueda agregarse como resultado de investigaciones relevantes, permitirá debilitar resistencias y ganar voluntades. Los ejemplos de algunos logros son tan impresionantes que resultan difíciles de resistir, tanto más que el costo de estos programas es bajo en relación con otros. Las inmunizaciones -una de las pocas tecnologías médicas que tienen impacto en la situación global de salud- han aumentado su cobertura en el mundo de 30% en 1981 a 70% en 1988, estimándose que ahorran un millón y medio de vidas por año.

El alfabetismo -sobre todo femenino-, la eliminación o reducción radical de la desnutrición, el acceso universal al agua potable y a servicios básicos de salud de bajo costo pueden acelerar en pocos años el proceso aparentemente irreversible de transición demográfica, llevando a la especie de un crecimiento bajo, resultado de altas tasas de natalidad y mortalidad, a otro crecimiento bajo, producto de tasas bajas de natalidad y mortalidad. En América Latina y el Caribe algunos países han alcanzado ya la situación post transicional y otros están cerca de alcanzarla. La experiencia adquirida en ellos puede ser de gran valor para el resto de la región, pues enfrentan situaciones demográficas y epidemiológicas similares a las del mundo desarrollado con medios y organizaciones similares a las del resto de países en desarrollo.

En el interior de los países, distintas áreas muestran modelos y velocidades diferentes en sus procesos de transición. La toma de decisiones a nivel local permitirá que las respuestas sean realmente adecuadas a los problemas, al tiempo que hará posible la participación, siempre necesaria, pero imprescindible cuando uno de los elementos a cambiar es el comportamiento humano.⁷

Los procesos de descentralización que se multiplican en casi todos los países de la Región suman a la participación en la toma de decisiones en la posibilidad de coordinaciones efectivas intra y extrasectoriales y abren nuevas fuentes de financiamiento, tanto en las de unidades político-administrativas, hasta ahora casi ausentes (municipios), como de organizaciones comunitarias, asociaciones filantrópicas y diversas formas de voluntariado. El precio de la pérdida de uniformidad resulta más compensado por la incorporación de la creatividad y la energía local para la modificación de los condicionantes, siempre locales, de la salud humana. "El desafío de formular nuevas estrategias de desarrollo es prioritario para los países de las Américas. Tales políticas tendrán que incluir la democracia participativa, deberán considerar las implicaciones de un mundo cambiante y su impacto sobre el medio y deberán

redefinir el rol del Estado en la provisión de servicios sociales".⁸

La inversión a realizar no requiere más que montos modestos, pero debe estar inteligentemente estructurada, como presupuesto para el desarrollo humano. Una de las partidas fundamentales de este presupuesto es la de la *Salud para todos*.

América Latina y el Caribe constituyen un inmenso y formidable laboratorio. La vida realiza allí, cotidianamente, incontables experimentos. Hemos aprendido de algunos, podemos hacerlo de muchos más. Hemos aplicado algunos pocos de los conocimientos adquiridos, podemos aplicar muchos más. Si alguna vez este Nuevo Mundo nuestro significó para el resto una esperanza de riqueza, a nosotros nos cabe convertirla en la única riqueza perdurable de las naciones: en riqueza humana.

*Reconozco y agradezco la ayuda sustantiva y sugerencias de mis amigos los doctores Juan Carlos Veronelli y Néstor Suárez Ojeda para elaborar este trabajo.

Referencias

1. Mc Keown. The Determinants of Human Health: Behaviour, Environment and Therapy. In Anne Crichton. Health Policy Making. Health Administration Press Michigan, 1981.
2. PNUD. Human Development Report. 1990.
3. Chardin P.T. & Chardin P. El fenómeno humano.
4. Perroux F. Introducción al IIIer Plan de Desarrollo. París, 1958.
5. Veronelli J.C. Innovaciones en Servicios Masivos de Salud en América Latina en La Salud en América Latina. FCE. México, 1983.
6. PNUD ob cit.
7. Fishlow A. The Latin American State. Journal of Economic Perspectives Vol. 4 N° 3 - Summer 1990.
8. Carlyle Guerra de Macedo. Report of the Director Cuadrenial 1986-1989. Official Document N° 234, 1990. p. XVI

IV. La financiación de la atención primaria de la salud

JOSE LAGUNA*

En el campo de la salud es casi imposible establecer una distinción entre la salud propiamente dicha y el desarrollo, considerado éste como un todo o analizado más específicamente en términos de ingreso nacional, ingreso *per cápita*, número de personas en nivel de pobreza, índice de empleo, poder adquisitivo del salario, etc. Los grupos ubicados en las franjas

*Universidad Nacional Autónoma de México

más bajas del perfil sanitario nacional no resuelven sus problemas de salud con sólo darles acceso a los servicios correspondientes, pues todos presentan grados variables de desnutrición, han recibido instrucción y educación precarias, su esperanza de vida es más baja, muestran cifras altas de natalidad y morbimortalidad, habitan viviendas inadecuadas en medios insalubres, carecen de agua potable y drenaje, y están desempleados o subempleados, factores todos que conducen a bajos niveles de bienestar y de escasa productividad. Al tiempo que se promueve la accesibilidad a los servicios de salud y a la participación de los individuos y a las comunidades en el cuidado de su salud, la mejoría no puede lograrse sin aplicar importantes recursos a la lucha contra la pobreza y sus consecuencias.

En primer lugar, debe decirse que nos adherimos a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, vertidas en la Declaración de Alma Ata con el lema de "Salud para todos en el año 2000" y su desarrollo basado en la estrategia de la atención primaria, con sus acciones principales: 1. atención materno-infantil y planificación familiar, 2. inmunizaciones, 3. tratamiento de las enfermedades y las lesiones más comunes, 4. suministro de los medicamentos esenciales, 5. salud mental, 6. control de enfermedades endémicas, 7. educación para la salud, 8. nutrición y 9. agua potable y saneamiento básico.

Unas cuantas de estas acciones, como la atención materno-infantil y el tratamiento de las enfermedades y lesiones comunes, pertenecen, obviamente, al campo de la atención médica y son una responsabilidad directa de médicos, enfermeras y personal auxiliar (trabajadores sociales, promotores de salud, auxiliares de salud pública, etc.). Otras actividades de apoyo a la atención primaria constituyen acciones intersectoriales que rebasan el campo de la medicina, las cuales, para ser implantadas, requieren de la participación de diversas agencias, instituciones educativas, obras de ingeniería, organismos de movilización, comunicación y producción; en sentido estricto, se relacionan con el desarrollo general. En este caso están las demás acciones de la atención primaria, incluyendo la planificación familiar, el control de las enfermedades endémicas, la educación para la salud, la nutrición, el suministro de agua potable, el saneamiento del medio, etc.

Independientemente del costo y de las fuentes de financiamiento, la atención primaria es más difícil de implantar en las zonas rurales, de por sí más carentes de recursos y con graves rezagos económicos, educativos y culturales, factores que impiden hacer progresos reales en materia de salud y bienestar; por otra parte, en los medios urbanos, la presencia más clara del fenómeno de la transición epidemiológica obliga lo mismo a manejar diversos procesos infecciosos ligados a las condiciones de insalubridad y miseria, que aspectos vinculados a enfermedades no transmisibles y los factores psicosocia-

les y ambientales ligados al estilo de vida de las sociedades.

Aunque en la Declaración de Alma Ata se asienta que la estrategia de la atención primaria se debe implantar "a un costo que la comunidad y el país puedan soportar" y que es muy conveniente que los servicios se "autofinancien lo más pronto y completamente posible", en la realidad de México, las diferentes acciones realizadas han dependido de las aportaciones institucionales canalizadas por la vía de la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud, los Servicios Médicos del DDF, el IMSS y otros organismos que dedican recursos al otorgamiento de la atención de salud a segmentos importantes de la sociedad.

Es en realidad difícil hacer un análisis del financiamiento de la Atención Primaria de la Salud en México, pues el sistema contable de gastos en salud, la heterogeneidad de los renglones de gasto y la apertura programática actual impiden determinar con precisión el destino de los recursos aplicados a los distintos programas, a menudo por razones de sobreposición o duplicación de actividades.

En nuestro país, las fuentes de financiamiento responden a tres esquemas fundamentales:

1. Unipartita, que corresponde a las instituciones que atienden a la población abierta (la SS, por ejemplo), por la aportación única del Estado por la vía del presupuesto federal.

2. Bipartita, que corresponde al régimen de seguridad social de los empleados del Estado cuyos ingresos proceden tanto de aportaciones de los trabajadores como de lo erogado por el propio gobierno, y

3. Tripartita, que corresponde al régimen de seguridad social de todas las personas que se encuentran vinculadas por relaciones de trabajo cuyos ingresos proceden de los patrones, los trabajadores y el Estado.

Un caso especial y excepcional fue el del llamado programa IMSS-COPLAMAR lanzado en 1978 para atender las necesidades de varios millones de habitantes de las zonas rurales, quienes contribuirían, con jornadas de trabajo y en especie, a sostener un sistema que les ofrecía, operativamente, los servicios otorgados por las "unidades médicas rurales", a cargo de un pasante de medicina y un auxiliar y la capacidad de referencia al segundo nivel, representado por los hospitales rurales de zona. Este esquema gradualmente se hizo dependiente del aporte institucional y la contribución comunitaria ha disminuido notablemente.

Aunque podría implantarse un esquema de prepago por parte de la comunidad, o una variante de seguro de servicios, o la acumulación de un fondo obtenido de individuos o grupos para sufragar los gastos, en la realidad estas opciones no han operado quizás por falta de liderazgo o voluntad política. Por lo tanto, en nuestro medio, la forma habitual de financiamiento es la dependiente al aporte gubernamental, a través de sus diversos organismos, SS, IMSS, etc.

En el caso del IMSS, organismo de seguridad social, el gasto aplicado al primer nivel de atención, tanto para los derechohabientes convencionales, como para los sujetos de solidaridad social, y que representa cerca del 40% de sus recursos totales (7.178 billones de pesos en 1990), se invirtió principalmente en: 1. atención preventiva (4% del gasto), 2. consulta externa (28%), y 3. con ciertas reservas, la atención de urgencias (6%); en los dos primeros rubros se incluyen actividades de vacunación, control de enfermedades, detección oportuna, salud laboral, planificación familiar y orientación higiénica.

El otro organismo de seguridad social, el ISSSTE, por su parte, que tiene a su cargo la cobertura de unos 5 millones de personas, dedica el 9% de su presupuesto a la atención preventiva, contra 84% a la atención curativa, aunque ésta comprende un importante aporte a la atención primaria, a través de la consulta externa.

Para el caso de la Secretaría de Salud, el principal organismo encargado de la población abierta, se encuentra lo siguiente: en 1990, con un gasto de 1.839 billones de pesos, 180 mil millones se destinaron a acciones preventivas, 850 mil millones a acciones curativas y 830 mil millones a procesos administrativos y otros. En la atención curativa se incluye la relacionada con la atención primaria, la consulta externa general, que representa más del 50% del gasto en dicho concepto, que es de 840 millones de pesos.

Para terminar, conviene resaltar el creciente esfuerzo realizado por el Estado Mexicano, a través del Programa Nacional de Solidaridad, PRONASOL, en su enfoque del "combate a la pobreza". Sus acciones se basan en la consolidación de la capacidad productiva de grupos que no la tienen para impulsar su incorporación plena y, en mejores condiciones, a los beneficios del progreso. El "piso social básico" que pretende construir, cubre las necesidades elementales y la infraestructura física para crear las condiciones de una mayor productividad, comprende programas para la alimentación (autosuficiencia en las producciones de alimentos básicos, incremento del nivel de vida rural) y la salud, entendida como un complejo multifactorial en el que, además de la alimentación, participa la vivienda, la educación, el saneamiento ambiental y el refuerzo de la atención primaria a la salud (acciones preventivas y de salud pública, servicios médicos, inmunizaciones, participación comunitaria en el refuerzo de la propia salud, etc.).

En el combate a la pobreza del Programa de Solidaridad, destaca el interés por los grupos prioritarios: las mujeres y los niños, los jornaleros del campo, los jóvenes y los grupos indígenas. Del total del presupuesto autorizado en 1990, de poco más de 3.2 billones de pesos, 8% o sea cerca de 300 mil millones de pesos, están dedicados a la salud, la seguridad y la asistencia social. Son importantes, asimismo, los 220 mil

millones de pesos para agua potable, 105 mil millones para drenaje y los 200 mil millones en favor de la vivienda, todos renglones cruciales dentro de las actividades de la atención primaria. Es de desearse que este programa rinda los frutos esperados y constituya uno de los instrumentos más poderosos para elevar el nivel de vida de nuestra población.

V. La mercadotecnia de la salud

JOSE LUIS GOMEZ LEAL*

Nos corresponde exponer un tema cuyo aparente significado es discutible desde los criterios morales y éticos y, por supuesto de su aplicación en el proceso de la atención médica; nos referimos al concepto de mercadotecnia. A esta técnica se le asocian inmediatamente las ideas de mercado, comercio desmedido y consumismo apoyado por la publicidad, a través de la comunicación masiva por medio de la radio, la televisión y medios gráficos.

Todo concepto, sea teórico o práctico, tiene el riesgo de ser mal interpretado e inapropiadamente aprovechado, dependiendo de la sociedad que lo utilice en sus procesos. La cultura, la política, la economía de una sociedad condicionan la forma como utilizan las ciencias, disciplinas y tecnologías.

En forma semejante, las empresas según la sociedad a la que pertenecen, emplean estrategias de producción y comercialización que pueden calificarse socialmente como buenas o malas.

Precisando en nuestro tema, recordemos que la Asociación Americana de Mercadotecnia define este concepto como: "aquellas actividades que dirigen el flujo de los bienes y servicios, desde el productor hasta el consumidor o usuario".

Esta definición que da entrada al tema puede decirse que con el tiempo ha quedado limitada, ya que propone que el proceso de la mercadotecnia se inicie con la disponibilidad del producto o servicio en condiciones distribuibles, y termine con la aceptación o compra por parte del consumidor, como se verá, la mercadotecnia en la actualidad es mucho más amplia, ya que en los países desarrollados múltiples autores la explican como el equivalente al motor de las economías y de las sociedades.

Por ejemplo, para aclarar estas ideas, citemos al autor norteamericano Philip Kotler considerado como clásico en este tema, quien señala que, "mercadotecnia es algo más que un conjunto de actividades, que toda empresa pone en juego para vender sus productos" y, define: "mercadotecnia es el

*Universidad Nacional Autónoma de México

análisis, la organización, la planeación y el control de los recursos, las políticas y las actividades de la empresa que afectan al cliente, con el propósito de satisfacer las necesidades y deseos de los grupos escogidos de clientes, obteniendo con ello una utilidad".

Sirvan los anteriores conceptos para ubicar el contenido gerencial del tema y, su utilidad en la administración de los servicios de atención médica.

No es nuestra intención seguir citando definiciones ni analizar detalladamente sus componentes, pero mencionaremos que en nuestro país se requiere el empleo de la mercadotecnia, en virtud del desarrollo de la economía nacional y su vinculación con el ambiente internacional, que promueven que México participe en otra forma, por ejemplo el establecimiento del tratado de libre comercio, hoy tan mencionado.

La mercadotecnia tiene como parte de su proceso diversas técnicas y actividades, como son la investigación de mercados, los estudios económicos, la planeación y el desarrollo de los productos y servicios, la creación de marcas, envases, empaques y etiquetas, el almacenamiento, el establecimiento de políticas de precios, garantías y servicios, las ventas, los canales de distribución, transportación y publicidad, la promoción de ventas, las relaciones públicas y la administración de mercadeo, entre otras. Estas actividades en gran medida pueden ser adaptadas para favorecer el intercambio de los servicios de atención médica, bajo la óptica del llamado sector privado y del ejercicio libre de la profesión.

De acuerdo a lo anterior, para hablar de mercadotecnia de la salud o de la atención médica, es necesario que estas sean identificadas como servicios que corresponden con las necesidades de la población.

Es necesario evitar el problema tradicional en el campo de los servicios de salud, que orientan sus actividades a la atención de la demanda y no a la satisfacción de las verdaderas necesidades de la población.

En México, en gran parte los servicios de atención médica han sido institucionalizados y son otorgados por el Estado, convirtiéndose en una gran carga de gastos e inversiones, la cual tiende a deteriorarse y, en consecuencia, la calidad de los servicios.

Lo anterior es un procedimiento distribuidor de servicios hacia la población que tiene ventajas; estas son evidentes en el abatimiento de la mayoría de los indicadores de salud de carácter negativo, pero lo que habría que estudiar y discutir serían los aspectos de calidad con que estos servicios son proporcionados; parece ser que el modelo actual de administración de los servicios de atención médica institucional debe cambiar, ya que se observa insatisfacción en la población usuaria y en los recursos humanos que participan en este proceso proporcionando los servicios.

Al mismo tiempo tomemos en cuenta que el país se suma

al cambio y a las transformaciones internacionales, se desincorporan empresas paraestatales, se disminuyen subsidios del gobierno y, es el momento de que los servicios de atención médica se desarrollen tomando en cuenta la mercadotecnia dentro de los límites de los valores éticos y morales de nuestra comunidad médica.

El mercado que demanda servicios de atención médica está presente y, es sujeto de aprovecharse a partir de sus necesidades como acontece con otros servicios, salvo el considerar que el mercado de necesidades de salud es sumamente complejo; este se satisface proporcionando servicio profesional, especializado y, requiere de tecnología que va de lo sencillo a lo complicado.

El mercado de necesidades de atención médica es dinámico y puede considerarse en forma segmentada como un conjunto de subsistemas, uno de ellos, el mayor, el de los pacientes atendidos por las grandes instituciones, está insatisfecho debido a factores de calidad y de la relación médico-paciente. Parte de la población cubierta por este subsistema con la capacidad de comprar, requiere otro tipo de atención y pasa aleatoriamente al subsistema de los servicios privados.

Citaremos como ejemplo que como respuesta a lo anterior, actualmente están en pleno crecimiento los seguros privados de gastos médicos mayores, como una opción de aquellas personas con capacidad económica, que quieren ser atendidos en mejor forma que en el subsistema donde tradicionalmente se venían atendiendo de sus padecimientos. Esto es una respuesta a la insatisfacción que tiene un cliente y se decide pasar a otro subsistema a otro para mejorar su atención.

La insatisfacción por los servicios que se reciben es importante respecto a la población total del país y, no se limita a clases sociales ni niveles económicos, el mercado de los servicios de salud requiere ser atendido con otro enfoque diferente al tradicional.

Para aprovechar lo anterior, debe identificarse a los hospitales, sanatorios, laboratorios, gabinetes, organizaciones de traslado de pacientes, como empresas que venden servicios; debemos reconocer que el médico en su ejercicio profesional puede ofrecer los servicios a sus pacientes con apoyo de la mercadotecnia.

Las empresas del ramo y particularmente los médicos, han demostrado su alta capacidad de organización al agruparse o asociarse principalmente con enfoques científicos, y en menor medida con criterio empresarial, pero ahora deben aprovechar la mercadotecnia para reorientar los servicios de salud.

La situación actual del país en lo político y lo económico, favorece la orientación mercadotécnica a los servicios de atención médica; para aprovechar la oportunidad y tener éxito, deben hacerse estudios de mercado y económicos, planear el desarrollo de la atención médica en forma corporativa e individual, fijar una política de precios por tipos de servicios

y segmentos de población, ofrecer garantía dentro de márgenes aceptables, promover la venta del servicio, definir canales de distribución del servicio, emplear la publicidad y las relaciones públicas.

Es difícil visualizar y aceptar el cambio social, político y económico que está ocurriendo y que ofrece oportunidades; si las organizaciones que ofrecen atención médica, los médicos y profesionistas que los apoyan emplean la mercadotecnia, conocerán una nueva forma de trabajo que les propiciará satisfacción profesional y económica y, la población recibirá otro tipo de atención que resuelva sus necesidades.

VI. Futuros del financiamiento de los servicios de salud

ANTONIO ALONSO CONCHEIRO*

En una ponencia corta, como ésta, apenas será posible mencionar, y sólo de pasada, algunos de los posibles signos vitales de mayor importancia para los futuros del financiamiento de los servicios de salud. Lo que sigue no debe tomarse como pronóstico, sino como una mera exploración tentativa de posibilidades de porvenir. Su único propósito es compartir ciertas preguntas abiertas, que, idealmente, sean capaces de provocar un posterior ejercicio prospectivo más serio y riguroso.

Al hablar del financiamiento de los servicios de salud cabe revisar, entre otros, por una parte, los requerimientos de financiamiento (esto es, el monto de los recursos financieros requerido), mismos que evidentemente están asociados con los servicios de salud que serán financiados y, por otra parte, la respuesta social a los problemas de salud y, de acuerdo con ésta, la posibilidad de contar con los fondos demandados, su posible origen y las modalidades de aplicación.

Las demandas de atención a la salud están siendo modificadas por, entre muchos otros factores, transformaciones demográficas y epidemiológicas, cambios en la tecnología médica y de administración en salud, la aplicación de un nuevo paradigma de respuesta social organizado, e incluso por cambios culturales. Por una parte, en el futuro la población mexicana será mayor, lo que en términos absolutos provocará un mayor volumen de demanda de servicios de salud. A pesar de las inesperadas cifras del *Censo de Población de 1990*, sobre las que aún existe polémica e incertidumbre, y que señalan una población de unos 82 millones de mexicanos para 1990, en mi opinión cabría esperar que hacia el año 2000 la población nacional fuese superior a 100 millones, y que hacia el 2015

rebasase los 125 millones. Así, grosso modo, estimo que en 10 años habrá unos 15 millones y en 25 años unos 40 millones más de mexicanos demandando servicios de salud (o puesto de otra forma, en el año 2015 el número de demandantes será superior en casi 50% a los existentes hoy). A ello habría que agregar que la población nacional está envejeciendo en términos relativos; esto es, la edad promedio está aumentando, con una esperanza de vida al nacer creciente y que podría llegar a 76 o 77 años en el 2000 y rebasar los ochenta años en el año 2015. La población en el grupo de edades de mayores de sesenta años estará seguramente entre las de mayor crecimiento relativo y, aunque durante los primeros años del próximo siglo aún no representará el altísimo porcentaje de la población total que actualmente le corresponde en los países más desarrollados, si podría llegar a representar del orden del 6% de la población nacional en el año 2000 y cerca de 9% al 11% en el año 2015. Sin duda ello contribuiría a que crezca el peso relativo que tienen en el cuadro nacional de morbilidad las enfermedades crónicas y degenerativas, asociadas con costos unitarios de atención a la salud por persona atendida más elevados. La población nacional será asimismo más urbana, y con alta probabilidad estará concentrada en grandes centros urbanos que, a pesar de los esfuerzos hechos y por hacer y de una mayor conciencia social al respecto, seguirán teniendo importantes problemas de contaminación del aire, agua, ruido, etc. todos ellos afectando la salud de los individuos y en muchos casos generando lesiones permanentes o difícilmente reversibles, destacando, entre otras, las respiratorias y, posiblemente, las neoplásicas. Por otra parte, la urbanización acelerada, y el correspondiente cambio ocupacional de la población, podría llevar también a un lento pero sostenido crecimiento relativo de las lesiones por accidentes y violencia, muchas de ellas con secuelas de inhabilitación parcial o total permanente. No debe descartarse tampoco que los cambios alimentarios asociados con la citada urbanización acelerada (con una mayor ingesta de grasas y de proteínas) contribuyan a que continúen creciendo las llamadas enfermedades del desarrollo, aún a pesar de los avances tecnológicos esperables en el sector de procesamiento de los alimentos. Adicionalmente, con la crisis económica han crecido sin duda los problemas de nutrición de gran parte de los mexicanos, y ello podría marcar negativamente de por vida la susceptibilidad a enfermarse de los mal nutridos, incrementando en el mediano y largo plazo los problemas de salud del mexicano promedio. Lo poco que hasta ahora he dicho, apenas unos cuantos trazos demográficos gruesos, apoya en esencia la imagen de un proceso de cambio epidemiológico hacia una situación en que las enfermedades vasculares, cánceres y tumores, afecciones respiratorias y en general las afecciones crónicas degenerativas continuarán ganando predominio sobre las infecto-parasitarias. Esta ima-

*Fundación Javier Barros Sierra

gen puede obtenerse también revisando la evolución histórica de los distintos grupos de enfermedades en la morbilidad total, y así ha sido señalado por diferentes epidemiólogos, quienes denominan al proceso "transición epidemiológica". Todo ello, junto con el mayor número de mexicanos esperable, seguramente incrementará sustantivamente los montos de financiamiento requeridos para satisfacer (con el paradigma de atención a la salud prevaleciente hoy día) las demandas de atención a la salud. Agréguese a ello, por otra parte, el creciente costo de la medicina, producto, entre otros, de una cada vez mayor tecnificación de los procesos de diagnóstico, pronóstico e intervención. Infinidad de factores han contribuido a ello: desde la tendencia a someter al paciente a un creciente número de exámenes, o la difusión cultural que han tenido las nuevas tecnologías de diagnóstico médico, con aparatos asombrosos, complejos y costosos, que ha hecho que los propios pacientes demanden ser examinados con ellos, hasta los avances quirúrgicos que han reducido considerablemente los riesgos de las intervenciones y por ende propiciado un mayor número de ellas, desde las más rutinarias hasta los trasplantes de órganos mayores, pasando por los crecientes costos de desarrollo de nuevos principios activos para fármacos, en laboratorios de investigación también más tecnificados y con reglas más estrictas para su aprobación, con gastos importantes asociados a las pruebas clínicas correspondientes. Nuevos conocimientos, tecnologías más sofisticadas (algunas en el sentido literal de este término) y mayor especialización, han contribuido todos, entre otros, a que los costos de la atención a las enfermedades se hayan elevado considerablemente. Todo ello parece apuntar a un futuro crecimiento sostenido e importante en el monto del financiamiento requerido para atender los problemas de salud, de tal magnitud que, con los patrones actuales de atención médica, basados en pacientes pasivos y médicos interventores, con el paradigma de atención prevaleciente hasta hace no mucho, centrado en la cura más que en la prevención, y que pone énfasis en los médicos especialistas y los grandes hospitales, y con un sistema en que la mayor carga de los costos de la salud recaen en el Estado, mismo que maneja instituciones enormes con grandes problemas de ineficiencia administrativa, burocracia, sindicatos, etc. y con costos adicionales por otros servicios de seguridad social y prestaciones que amenazan su salud financiera, difícilmente podría pensarse que en el futuro podrá sostenerse en el país un nivel de cobertura siquiera igual al actual en la atención a la salud, ya no digamos mejor. Por ello me atrevo a imaginar que en los próximos 10 ó 15 años el sistema nacional de atención a la salud cambiará más de lo que lo ha hecho en los últimos 50 años, y que en este proceso de cambio los mecanismos para su financiamiento serán pieza central de la transformación. El proceso que imagino no será exclusivo de México, sino parte

de una gran corriente de carácter universal, que en algunos países se manifiesta ya abiertamente, aunque aquí seguramente tendrá características propias, con origen en la historia y las condiciones de nuestro país.

El énfasis reciente en los sistemas de promoción y prevención, y en general hacia la atención primaria de la salud, puede verse como un primer paso hacia la racionalización y mayor eficiencia en el uso de los recursos financieros. Pero seguramente ello no bastará, al menos desde el punto de vista financiero. En este rubro su efecto no será suficiente como para contrarrestar fuerzas del tipo de las que ya apuntamos y que presionan por mayores recursos, al menos por lo que toca al presupuesto del Estado. Ello parece ser todavía más evidente si se toma en cuenta que durante los próximos cinco años la probabilidad de que haya un gran crecimiento económico y una gran expansión de los recursos financieros del sector público nacional, es baja. Aún con éxito en los programas de recuperación económica y con un Tratado de Libre Comercio favorable a nuestro país, si lo hubiese, pasarán algunos años para que se resuelvan los problemas estructurales (productividad, tecnología, calidad, etc.) de nuestra economía. Por ende, cabe imaginar escenarios diferentes para el futuro de largo plazo. En todos ellos me parece razonable suponer que habrá crecientes esfuerzos para controlar los gastos, tanto públicos como privados, de la atención a la salud. Me parece también característica aplicable a todos los escenarios una creciente preocupación crítica de quienes pagarán por los servicios de atención (sean quienes fuesen) con respecto a los servicios que recibirán a cambio y sobre la disponibilidad e implantación de opciones menos costosas. Quienes cubran el financiamiento de los servicios de atención a la salud se preguntarán también de modo creciente acerca de las escalas de esfuerzos y los compromisos de gastos entre la prevención y la cura de enfermedades. Seguramente habrá también un cambio conceptual sobre el modo de interpretar la salud y las acciones para su atención, con el que cobrará mayor peso la asignación de responsabilidad al individuo sobre su propio estado de salud (por ejemplo, en alimentación, control de tabaquismo y alcoholismo, pruebas de autodiagnóstico y autocontrol de indicadores vitales, etc.) Aunque este cambio conceptual forma parte de todos los escenarios que imagino, es posible que en los escenarios existan diferencias importantes en cuanto al origen de las presiones para que el cambio sea adoptado socialmente (desde campañas públicas patrocinadas y promovidas por el Estado, hasta que sean las grandes empresas las que promuevan y paguen dichas campañas entre sus empleados), así como sobre el ritmo con que se dará el cambio (con lapsos entre 10 y quizá hasta 30 años). En todos los casos pienso que los programas de promoción de la salud, hasta ahora proporcionalmente muy desatendidos, irán representando una mayor

tajada del presupuesto total asignado a la atención a la salud.

Por otra parte, si bien el concepto del "Estado benefactor" está en descrédito y el Estado mexicano está redefiniendo su papel, retirándose de muchas de las áreas en las que poco a poco se había ido atribuyendo el papel de actor principal o más importante, dudo que el sector público retire por completo su participación en la oferta de opciones de atención a la salud, dejándola por completo, por ejemplo, en manos del sector privado o en las de éste y las del sector social. Pero igualmente dudo que el Estado pueda sostener su participación en ella en niveles similares a los actuales. Ello preocupa en particular en el caso de México, donde la economía familiar de muchos mexicanos fue duramente agredida durante los ochentas y difícilmente se recuperará en el primer lustro de los noventas. Los individuos difícilmente podrán ser en México en el corto y mediano plazo fuentes importantes de financiamiento. Sólo una pequeña parte de la población podría cubrir sus propios gastos de salud, o bien pagar seguros médicos familiares u organizarse como inversionistas de agrupaciones privadas de atención a la salud.

Como más probable nos parece que el Estado se retire de la prestación de servicios hospitalarios de especialidad, conservando quizá sólo los Centros Nacionales, como centros de formación de recursos humanos y de investigación, concentrándose en los servicios de atención primaria, con énfasis en la promoción y la prevención. Ello implicaría una diversificación de las fuentes de financiamiento, con una probable reestructuración de los servicios prestados por el IMSS y el ISSSTE, una mayor participación del sector privado, a través de la contratación de seguros médicos con proveedores también privados de los servicios de salud (quizá mediante esquemas de proveedor preferencial), y el desarrollo de modos alternativos de entrega de los servicios (centros ambulatorios para cirugías menores, centros de atención de urgencias, centros especializados en partos, cuidado a la salud en casa, centros de salud al mayoreo, etc.). Si como prevemos la participación del sector privado en los centros de tercer nivel creciese sustantivamente, es probable que por razones de eficiencia financiera ocurriese en paralelo un agrupamiento entre los proveedores de los servicios (principalmente hospitales), buscando mayor acceso a capitales, mejoras en las habilidades gerenciales, descuentos en compras de insumos por grandes volúmenes, y mayor poder de mercado.

Por razones de financiamiento, podrían verse favorecidos también proveedores alternativos de servicios de salud (técnicos de nivel medio, como enfermeras especializadas, y pro-

veedores no convencionales, como acupunturistas, quiroprácticos, homeópatas, etc.), así como terapias alternativas, las que probablemente empezarían a ser aceptadas como parte del cubrimiento de los seguros médicos. Ello se podría ver favorecido, además, por una previsible creciente insatisfacción de los consumidores con los servicios médicos tradicionales.

De ocurrir un escenario similar al planteado, por razones de propia conveniencia, económicas, las empresas privadas demandarían más y nuevos servicios de seguros médicos (de hecho, en la actualidad ya muchas empresas mantienen seguros de gastos médicos para sus empleados, o algunos de ellos), aún en forma paralela con su aseguramiento por ley en el Seguro Social, que se ha vuelto poco flexible y satisfactorio. Así, la situación de acceso a los servicios de salud por quienes tengan empleo fijo remunerado podría quedar resuelto de manera alternativa, dándole mayor juego a la competencia de mercado entre los proveedores de dichos servicios. Pero ello podría ser grave para todos aquellos que estén desempleado y obtengan sus ingresos en la economía informal.

Concluyendo, el futuro financiamiento de los servicios de salud influirá de manera fundamental sobre los paradigmas que se adopten en los servicios de salud ofrecidos, a la vez que será afectado por éstos. Sin duda los futuros requerimientos de financiamiento crecerán más allá de lo que podría esperarse por el mero crecimiento demográfico. Ello podría traer como consecuencia un menor cubrimiento de las necesidades de atención a la salud, cambios conceptuales de enfoque en la prestación de los servicios, una diversificación en las fuentes de financiamiento, con una mayor participación de las empresas privadas y una menor del Estado, el crecimiento de sistemas alternativos de prestación de los servicios, nuevos y más numerosos sistemas de aseguramiento contra gastos médicos, mayor énfasis en la promoción de la salud en esquemas con mayor participación y responsabilidad de los individuos sobre su salud, y cambios en la estructura de los prestadores de servicios. Los posibles cambios ocurrirán con gran rapidez y los primeros síntomas de que así será empezarán a verse relativamente pronto. El asunto del futuro financiamiento de la atención a la salud es de importancia tal que, ojalá la Academia Nacional de Medicina pueda propiciar estudios y actividades adicionales que permitan ampliar y precisar en lo mucho que lo necesitan las imágenes sobre su futuro, que aquí apenas he podido esbozar, contribuyendo con ello a reducir los impactos negativos de la sorpresa.