

BIBLIOTECA
CIDE

012317

DOCUMENTO DE TRABAJO 13

Administración Pública

REESTRUCTURACIÓN DE LOS SERVICIOS DE
SALUD: CAMBIO DE LA MEZCLA
PÚBLICO-PRIVADA

G. ESTHELA REDORTA ZÚÑIGA



CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA ECONÓMICAS

Primera edición, 1993

CIDE
DTAP
13
ej.2

D.R.© 1993, Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C.
Carretera México-Toluca 3655 (km 16.5), Lomas de Santa Fe, 01210 México, D.F.

Coordinadora de publicaciones: María Ofelia Arruti H.

Tipografía y cuidado editorial:
Solar, Servicios Editoriales, S.A. de C.V.
Andes 51, col. Alpes, 01010 México, D.F.
Tels. y fax 593-5748, 664-4785 y 664-4886

Impreso en México

INTRODUCCIÓN

La prestación y el financiamiento de los servicios de salud se ha transformado en una de las principales preocupaciones de política pública en gran parte de los países desarrollados y en vías de desarrollo. El diseño y puesta en marcha de políticas vinculadas con la equidad, calidad de la prestación del servicio y con su costeabilidad han llevado a que el estudio de la salud desde un punto de vista económico y de política pública se haya generalizado. No importando si la propiedad es de régimen público o privado.

En el caso de México, la importancia de este tipo de estudios se ha incrementado por el cambio —de carácter informal— que viene experimentando la prestación y el financiamiento de los servicios de salud, en especial a partir de la crisis de 1982. Junto a una reestructuración de los servicios suministrados por la seguridad social y la asistencia pública, se prevé, en el mediano plazo, un importante avance del sector privado, que permitiría hablar de un proceso de privatización o de un cambio en la coparticipación público-privada de los servicios, pese a que no se han producido desincorporaciones de servicios del sector público al privado.

En el presente trabajo, se intenta comprender mejor el proceso de reestructuración y el cambio en la mezcla público-privada, evitando posiciones extremas entre privatización o estatismo. Se presta especial atención al diseño de medidas de políticas para modificar dicha mezcla en la prestación y financiamiento de los servicios de salud, bajo criterios de equidad, calidad, accesibilidad y eficiencia.

Para lograr su objetivo este documento se divide en cuatro partes. En la primera, se presenta su marco conceptual en el que se precisa el concepto y el ámbito de la privatización, los actores involucrados en ella y el alcance analítico del concepto de mezcla público-privada.

En la segunda sección, se desarrolla una descripción del contexto económico, político y social del proceso hacia lo privado de los servicios de salud en México, a partir de un análisis de los principales procesos económicos que caracterizaron el decenio de los ochenta: crisis, reducción del tamaño del Estado, reestructuración salarial y laboral, y reorientación del gasto público.

El diagnóstico en detalle de la situación actual del sector salud, en especial teniendo en cuenta el efecto de los procesos estudiados anteriormente, se expone en la tercera parte. Ahí se presenta la evolución del gasto público en salud, así como la dinámica de diversos indicadores de cobertura, productividad y recursos humanos en el sector.

En la cuarta parte se presenta un resumen de las políticas que se han aplicado en diversos países y se sugieren alternativas para mejorar la vinculación entre sector público y privado en la prestación de los servicios en México. En particular, se presentan propuestas para modificar la mezcla público-privada en la esfera de las políticas de financiamiento, prestación de servicios y cooperación e intercambio entre sectores.

Para terminar, se presenta un resumen de las principales conclusiones alcanzadas en el documento y se hacen algunas reflexiones sobre el papel que seguirá correspondiendo al Estado en el futuro, incluso una vez que el cambio en la coparticipación público-privada de los servicios se haya orientado hacia lo privado.

1. MARCO CONCEPTUAL

Concepto y ámbito de la privatización

A partir del inicio del presente sexenio los servicios de salud en México han experimentado cambios de enfoque, concepción y mecanismos de financiamiento; tanto en lo que se refiere a la concepción de su significado, como al modelo de prestación hacia donde se les quiere enfocar y a las formas que puede adoptar su financiamiento.

En esencia, el nuevo esquema consiste en que el Estado dé prioridad a la atención primaria por encima de la seguridad social. La forma de financiamiento, por su parte, se ha modificado de acuerdo con los lineamientos sugeridos por el Banco Mundial (1987). El nuevo modelo busca fomentar la privatización de los servicios, su autonomía financiera y una mayor eficiencia en la utilización de los recursos; para ello, el Banco Mundial propone las siguientes medidas:

1) *Cobro de aranceles a los usuarios de los servicios de salud.* Se propone el establecimiento de aranceles en las instalaciones del gobierno, en especial para medicinas y atención curativa. Esto incrementará los recursos al alcance del sector gubernamental de la salud, permitirá gastar más en programas cuyo financiamiento actual es insuficiente, estimulará el aumento de la calidad y la eficiencia, y ampliará el acceso para las personas con menos recursos. Se deben aplicar tarifas diferenciales para proteger a los pobres, quienes deben ser los beneficiarios principales de la ampliación de los recursos y el mejoramiento de la eficiencia en el sector gubernamental.

2) *Provisión de seguro u otra protección frente a riesgos.* Se deben estimular programas de seguro de salud para ayudar a canalizar recursos hacia el sector, protegiendo simultáneamente a las familias contra pérdidas financieras considerables. Aunque es posible un nivel modesto de recuperación de costos sin esquema de seguro, a largo plazo el seguro es necesario para eximir al presu-

puesto gubernamental de los elevados costos de la atención curativa. Los gobiernos no pueden elevar las tarifas hospitalarias a un nivel cercano a los costos de la atención mientras no se encuentre ampliamente disponible un esquema de seguro.

3) *Empleo eficiente de los recursos no gubernamentales.* Se debe estimular el sector no gubernamental (incluyendo los grupos sin fines de lucro, los médicos privados, los farmacéuticos y otros practicantes de actividades relacionadas con la salud) para que provea servicios por los cuales los consumidores están dispuestos a pagar. Esto permitirá que el gobierno concentre sus recursos en los programas que benefician a toda la comunidad más que a determinadas personas.

4) *Descentralización, planificación, presupuestación y prestación de los servicios de salud gubernamentales de aquellos que rinden beneficios privados y por los que se cobra a los usuarios.* Al determinar las políticas y programas nacionales se deben emplear los incentivos del mercado donde sea posible, a fin de motivar al personal y asignar mejor los recursos. Permitir que el cobro y el control de los ingresos se encuentre lo más cerca posible del punto de provisión de los servicios, mejorará tanto la cobranza de los aranceles, como la eficiencia del servicio.

De los anteriores lineamientos del Banco Mundial, se pueden deducir las principales características del nuevo concepto de prestación de servicios de salud: pagar por la prestación de servicios cualquiera que sea el nivel socioeconómico del beneficiario, eliminando así el concepto de prestación gratis de los servicios de salud.¹

En la literatura técnica más reciente sobre privatización de los servicios de salud se manejan diferentes conceptos de lo que ésta significa. En particular, Bennett (1991) analiza dos conceptos alternativos. En primera instancia, estudia la definición de Paul (1988), que resalta que hay diferentes grados de privatización. Para ese autor, privatización comprende: 1) venta de todos o alguno de los activos de empresas públicas u otros organismos públicos, 2) alquiler de esos activos, o 3) transferencia de la gestión de entidades públicas (sin transferir la propiedad) y contratación de servicios públicos con el sector privado.

Una definición más amplia, también analizada por Bennett (1991), es la de Naylor (1988):

La privatización de los servicios de salud implica un cambio en la mezcla público-privada de prestadores, instituciones y mecanismos de financiamiento; [...] se entiende por privatización a un conjunto de estrategias gubernamentales para generar o acelerar la transferencia al sector privado de la prestación del servicio y el financiamiento.

En el presente documento se usará esta definición porque resalta elementos vinculados a la decisión de políticas, que son fundamentales para los objetivos de esta investigación.

Por otra parte, es también importante hacer hincapié en el amplio alcance de lo que se considera "sector privado"; el cual es sumamente heterogéneo pues incluye médicos privados, organizaciones con fines de lucro (hospitales privados, instituciones de mantenimiento de la salud —Health Maintenance Organizations—² y similares), instituciones con fines no lucrativos (por ejemplo, hospitales mantenidos por misiones religiosas u organizaciones de caridad) y también las prácticas médicas tradicionales. Como se puede observar, en el sector privado se encuentran organismos que pueden tener objetivos muy diferentes (por ejemplo, búsqueda de ganancia o dar caridad), así como formas de financiamiento también diferentes (individuales o colectivas).

En lo que respecta a la distinción entre los ámbitos público y privado, aunque existen fórmulas no gubernamentales de control público (por ejemplo, ciertas modalidades de autogestión comunitaria o de administración cooperativa), en este trabajo se identificará, para fines prácticos, a lo privado como lo no gubernamental. Así, se considerará que el Instituto Mexicano del Seguro Social es parte del sector público, pese a que el financiamiento del mismo es tripartito (Estado, empresarios y trabajadores) y el monto de la aportación gubernamental ha tendido a reducirse fuertemente.

Los actores involucrados: aseguradoras y prestadores privados de servicios

Los principales actores involucrados en la transformación de la mezcla público-privada hacia la privatización son las aseguradoras y los prestadores privados de servicios de salud.³ Las aseguradoras desempeñan un papel muy importante en la producción privada de servicios médicos porque los altos costos que éstos conllevan demandan muchas veces un sistema de prepago, independiente de la capacidad económica de los beneficiarios del servicio. Este sistema puede ser estructurado por las aseguradoras privadas mediante seguros médicos o por el Estado dentro del sistema de seguridad social público.

La desregulación derivada de la apertura comercial ha beneficiado a la industria aseguradora. Las reformas tienen como objetivo la modernización y apertura del sector, así como la adecuación de éste al marco normativo de otros intermediarios financieros. Una de las reformas más sobresalientes es la instauración del estatus jurídicoadministrativo de las aseguradoras, el cual establece que se trata de un régimen de autorización y no de concesión como antes se manejaba. La medida es importante porque permite a nuevos inversionistas mayor acceso al sector y facilita la apertura de nuevas empresas.

Otra reforma consiste en que se les liberó de tener que solicitar permiso para el establecimiento de tarifas, primas, planes de aseguramiento y contratos de seguro, registro de reaseguradoras, montos y modalidades de sus comisiones. De igual forma quedaron en libertad de movimiento para abrir y cerrar oficinas

y para hacerse publicidad. Asimismo, el sector de seguros estará facultado para realizar operaciones de reafianzamiento y se prevé una vinculación patrimonial del ramo con el de las afianzadoras. Dentro de las reformas se incluye también la creación de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas encargada de la inspección, vigilancia y promoción de este sector.

Otro cambio de especial importancia, vinculado a la apertura comercial y de inversión, es la mezcla de compañías de seguros extranjeras. Se dispuso que pueden participar en el capital social de las aseguradoras mexicanas en un porcentaje minoritario no mayor de 15% (límite normativo de posesión accionaria), y hasta 49% como lo establece la Ley de Inversión Extranjera, sin que esto les dé control sobre la empresa.

También en el manejo de inversión en las reservas técnicas hubo cambios. Ahora se va a tener 30% de los recursos en instrumentos gubernamentales y el 70% restante queda disponible para invertirse en bienes, títulos y valores, aunque se precisa que el capital debe estar diversificado.

Respecto a las modalidades de las pólizas, el factor de desarrollo más importante para el sector es el seguro de pensiones y, posteriormente, los seguros médicos, dado que se necesita un conocimiento más específico del mercado (hospitales, médicos y servicios que operan en el país). Asimismo, ya es posible expedir pólizas de seguros de vida referidos a monedas extranjeras, con lo cual se asegura un valor constante.

Dentro de los asuntos principales del Tratado de Libre Comercio, firmado el 12 de agosto y sujeto a posterior aprobación, está el apartado de las firmas aseguradoras. En éste se estipula el permiso de invertir 10% del capital de inmediato (fuera de la reglamentación de la inversión extranjera), que se elevará a 20% en los siguientes seis años, y a 30% en los cuatro años posteriores. Después de 10 años desaparecerán las restricciones a la inversión extranjera en firmas aseguradoras.

Todos estos cambios representan una modificación importante de las bases del esquema de competencia, lo que provocará un reacomodo del mercado: desaparición de algunas compañías, mezcla de otras en grupos financieros, repartición del mercado entre éstas y desplazamiento de las pequeñas hacia actividades particulares dentro del mismo mercado para que puedan sobrevivir.

Actualmente, es un hecho que las compañías extranjeras de seguros están comprando y asociándose con compañías aseguradoras mexicanas, producto de la apertura comercial y fomento de la inversión extranjera. De esta forma, están penetrando en el mercado nacional, en espera de poder entrar directamente, de acuerdo a lo estipulado en el Tratado de Libre Comercio; lo cual implica que las empresas mexicanas tendrán que ser competitivas con las firmas extranjeras del ramo.

Pese a la creciente importancia de los seguros médicos privados, no hay datos para cuantificar con precisión su efecto sobre la prestación de dichos servicios por el sector privado. El impulso decisivo al mercado de los seguros médicos

privados con mecanismos como el de prepago fue dado por el costo creciente de los servicios privados, el cual constituía un obstáculo para acceder a ellos. Así, a partir de 1985, las compañías de seguros empiezan a incursionar en el mercado de seguros de salud. A partir de 1987, crece de manera sostenida el número de pólizas de seguros de enfermedad y accidentes. El número de pólizas vendidas en el país asciende de 242 000 en 1986 a 533 000 en 1989 (véase cuadro 1). Asimismo, según la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, el porcentaje que reporta esa modalidad de seguros respecto al monto total de ventas de las aseguradoras crece de 1.4% en 1987 a 6.4% en 1990 (Laurell y Ortega, 1991).

El cuadro 1 muestra que el número de compañías que operan en el ramo de accidentes y enfermedades se mantuvo constante hasta 1985, bajando ligeramente entre 1986 y 1988, aun cuando la proporción respecto al total de compañías bajó de 57% en 1979 a 40% en 1988. El número de pólizas colocadas en el ramo de accidentes y enfermedades ascendió a más del doble entre 1979 y 1989, aunque se observan retrocesos en algunos años. Habría que hacer notar que el número de pólizas es menor que el número de asegurados pues parte de ellas son de tipo colectivo, ya que algunas instituciones del sector público han contratado seguros complementarios de gastos mayores por servicios prestados por clínicas y hospitales privados autorizados por las compañías de seguros.

Las primas retenidas (después del pago de reaseguros al extranjero) expresan mejor el incremento de la operación de las aseguradoras, habiéndose casi triplicado entre 1979 y 1988. También se observa que el excedente, sin considerar gastos de administración y de venta, es positivo, y muy grande hasta 1984, bajando considerablemente en los años subsecuentes.

Este periodo de ampliación del mercado fue consecuencia tanto de los seguros individuales-familiares, como de los colectivos o de grupo, y cada uno representa aproximadamente la mitad de las ventas de este tipo de seguros. Las aseguradoras consideran como mercado potencial de los seguros individuales-familiares al grupo con ingresos de seis o más salarios mínimos, que corresponde aproximadamente a 30% de la población urbana económicamente activa. Los seguros de grupo o colectivos contratados por las empresas privadas o públicas son para sus empleados de los estratos superiores, aunque progresivamente se incluyen también a trabajadores de base. Este perfil de asegurados, efectivos o potenciales, revela que el mercado de los seguros individuales-familiares está restringido por el bajo nivel de ingreso de 70% de la población.

Tanto el aseguramiento doble mencionado en párrafos anteriores, como la eventual expansión de los seguros colectivos, concierne a una parte de la población que hoy está afiliada a la seguridad social. En particular, se estima que este fenómeno involucraría a 20% de los afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); es decir, 1.7 millones de personas que junto con sus familias sumar unos ocho millones de derechohabientes. La mayor parte de ellos (75%) tiene ingresos de entre 1.5 y 6 salarios mínimos, es decir, que pertenecen a un

grupo de ingreso no considerado hasta el presente como mercado por las aseguradoras privadas (Laurell y Ortega, 1991).

Un segundo actor en la privatización son los productores directos del servicio, es decir, las empresas hospitalarias, incluyendo los servicios de diagnóstico y los servicios médicos. En las últimas décadas, la práctica médica se ha transformado a fondo, adoptando tecnologías complejas y formas de división y organización del trabajo semejantes a las industriales. Con ello, la prestación de servicios privados de salud se ha convertido en una actividad económica con posibilidad de generar abundantes ganancias. La medicina privada es, en efecto, un campo de inversión rentable y bastante maduro como para poder aprovechar el incentivo a su desarrollo creado por la retracción estatal y el deterioro de las instituciones públicas.

Se conoce muy poco respecto a la composición y funcionamiento del sector privado dado que, hasta hace relativamente poco tiempo, cumplía un papel marginal, prestando servicios a grupos reducidos de población.

Un primer indicador de la importancia económica del sector privado de servicios de salud es que produce alrededor de 54% del producto interno bruto de los servicios médicos (PIBSM). Por otra parte, hay que resaltar que a partir de 1983 la parte privada del PIBSM crece más rápidamente que la pública, y pasa de 48% en 1982 a 60% en 1985, para luego estabilizarse en alrededor de 54 por ciento.

Asimismo, la rentabilidad del sector privado es óptima. Una manera indirecta de medirla es por el excedente bruto de operación que reporta, o sea el excedente después del pago de salarios e insumos intermedios.⁴ Éste correspondió en 1980 a 63% de la producción bruta y ascendió a 70% en 1988. Como punto de comparación se puede mencionar que en 1988 este excedente fue 2.5 veces mayor que los de las industrias farmacéutica y automotriz; casi igual al de las industrias básicas del hierro y acero, y sólo 25% menor que el de las instituciones de crédito y seguros. Pese a las limitaciones que presentan los datos anteriores como medida de rentabilidad, ellos sugieren que la producción privada de servicios médicos podría ser una de las actividades más rentables de la economía mexicana (Laurell y Ortega, 1991).

Respecto a la cobertura, el sector privado cuenta con 20% de las unidades médicas del país, la tercera parte de las unidades de hospitalización general, 20% de las camas censables, y cubre aproximadamente entre 10 y 15% de la población total de la nación (Soberón *et al.*, 1985).⁵ Otros datos indican que, de las ventas de medicamentos para consumo, 35% corresponde al sector público y el resto al privado (Giral, 1988).

Dos hechos destacan en las cifras anteriores en relación con el sector privado; por un lado, el bajo porcentaje de personas que acceden a la medicina privada según las estadísticas oficiales y, por otro, el alto peso relativo de este sector en las otras variables. Lo contrastante de las cifras, aunado a la necesidad de más información, ha dado origen a un debate sobre la magnitud, mezcla, función y

posibilidades de interacción entre el sector público y el sector privado. Este debate constituye uno de los factores más importantes para el diseño de políticas para el financiamiento y la prestación de servicios de salud en México.

Es necesario tener presente que la falta de información suficiente, que dé cuenta precisa del alcance de los servicios de salud brindados por el sector privado, limita las posibilidades de planear su interacción con el sector público. Es urgente, pues, obtener información válida que dimensione e integre de una manera más racional el sector privado en los estudios sobre la prestación de servicios de salud en México.

Por su parte los médicos, en tanto gremio, han perdido fuerza frente a las empresas hospitalarias y de seguros.⁶ Los resultados de una investigación realizada sobre los patrones de empleo médico, en las áreas urbanas de la República, indican que sólo 28% de los médicos son monoempleados y asalariados. El resto de ellos se subdivide en: *a*) 17% de monoempleados independientes, es decir, que exclusivamente pertenecen al sector privado; *b*) 18% de los médicos biempleados, o sea que su fuente de trabajo es tanto asalariada como independiente, y *c*) 6% presenta un patrón de triempleo en donde los tres trabajos son como asalariado o dos como asalariado y uno como independiente. Otros patrones que pudieron encontrarse en este estudio indican que existe biempleo en el cual hay un trabajo médico y otro no médico (6%), triempleo en donde uno de los trabajos no es de médico (1%), casos que sólo tienen un trabajo pero no médico (5%), médicos que se encuentran en estudios de posgrado (11%) y médicos desempleados (8%) (Alagón *et al.*, s.f.).

La mezcla público-privada

De acuerdo con la definición de privatización (variación en la mezcla público-privada) planteada en el presente documento, es preciso distinguir dos componentes en el ámbito de la salud: la prestación de servicios y el financiamiento.

La tendencia hacia la privatización de los servicios de salud se traduce en cambios en esas dos esferas y, como se verá más adelante, una política de privatización implica, en última instancia, una modificación de la mezcla (*mix*) de los componentes públicos y privados de cada uno de ellos. Una aproximación conceptual a la mezcla público-privada se presenta en la figura 1.

La figura 1 muestra que existen cuatro combinaciones posibles de prestación y financiamiento público o privado; cada una de ellas tiene implicaciones muy diferentes para la conformación de un sistema de salud. Existen dos situaciones relativamente extremas; por un lado, el caso de financiamiento y provisión pública de servicios, como se da en los casos de los servicios nacionales de salud de algunos países europeos; por otro, el de provisión y financiamiento privados,

FIGURA 1. *Una aproximación conceptual a la mezcla público-privada*

		<i>Provisión de servicios</i>	
		<i>Pública</i>	<i>Privada</i>
Financiamiento	Público	Servicios nacionales de salud	Servicios contratados a proveedores privados
	Privado	Cuotas suplementarias a cargo del usuario. Camas privadas en hospitales públicos.	Cuidado privado de la salud financiado por seguros privados. Organizaciones para mantenimiento de la salud (HMOS)

FUENTE: Bennett (1991).

como ocurre, por ejemplo, cuando el cuidado privado de la salud es costado por seguros también privados.

Los casos más interesantes para este trabajo son aquellos en que se combinan elementos privados y públicos, porque son distintivos de la transición hacia la privatización. En particular, como se verá más adelante, nos interesa estudiar mecanismos de políticas de integración del sector privado a la ampliación de prestación de servicios de salud (cobertura y capacidad instalada); es decir, combinaciones en la mezcla público-privada en las que predomine la representación privada.

2. CONTEXTO ECONÓMICO, POLÍTICO Y SOCIAL

En esta parte se da una breve visión de los sucesos del proceso macroeconómico que acompañaron a la economía en los ochenta; una reflexión del enfoque y contenido del Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 en cuanto a la estrategia económica, bienestar social y el cambio en la acción estatal. Se muestran algunos indicadores de reducción del tamaño del Estado, las decisiones de privatización de empresas públicas y disminución del gasto público. Se confronta la salud y su proceso de transición hacia lo privado, con el proceso de privatización de las empresas públicas y de la economía; aunque sólo se presenta como contexto, sin señalar relación o similitud entre ambos procesos.

Posteriormente, se plantea la reestructuración salarial y laboral, mostrando el nivel de salario y de empleo durante la crisis, puesto que se relaciona con los niveles de salud y seguridad social; y, por último, asentamos la reorientación que tuvo el gasto público en un aumento del gasto social para contrarrestar los efectos de la crisis.

Crisis, ajuste y reestructuración

A causa del colapso económico de 1982 y la consiguiente crisis y falta de inversión, aumentaron los sectores de población marginales, mismos que no tienen un rendimiento productivo en el empleo o incluso están imposibilitados de acceder a él. La disminución, tanto de los salarios reales como de los ingresos totales de la mayoría de los hogares, ha repercutido en reducciones significativas de los gastos familiares en salud.

Durante la crisis se produjeron retracciones económicas y sociales a causa de la combinación de políticas utilizadas para realizar el ajuste de corto plazo (Navarrete, 1990):

1) Se redujo drásticamente el crecimiento de la economía, el cual fue de 0.1% en promedio durante el periodo 1983-1988 (Banco de México, 1989).

2) Se pagó un alto costo social: los salarios reales disminuyeron considerablemente, la elevada inflación condujo a una distribución aún más desigual del ingreso y se redujo el gasto público social, al tiempo que disminuyeron los niveles de ingreso por habitante. En suma, se deterioraron los niveles de vida (véase cuadro 2).

3) Se privilegió la inversión financiera por encima de la productiva, lo que afectó la formación de capital en el largo plazo.

4) Se destinaron grandes recursos a cubrir los gastos correspondientes al servicio de la deuda interna y externa.

5) La alta inflación tuvo efectos desestabilizadores en los ingresos públicos y de divisas.

Los sucesivos programas de ajuste se basaron en un enfoque de concertación social, que culminan con el Pacto de Solidaridad Económica, en el lapso 1987-1988, y el Pacto de Estabilización y Crecimiento Económico, entre 1989 y 1991.

En el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 (dado a conocer por la Presidencia de la República el 31 de mayo de 1989), se establecieron cuatro objetivos nacionales básicos:

1) La defensa de la soberanía y la promoción de los intereses de México en el mundo,

2) La ampliación de la vida democrática,

3) La recuperación económica con estabilidad de precios, y

4) El mejoramiento productivo del nivel de vida de la población.

El Plan Nacional de Desarrollo propuso como estrategia que la recuperación del dinamismo de la actividad productiva fuera gradual y que no pusiera en riesgo la estabilización económica, puesto que todo retorno a la inestabilidad perjudicaría particularmente a los sectores sociales mayoritarios. Se estableció una meta de crecimiento económico de 2.9 a 3.5% anual para 1989-1991, y de reducción de la inflación. El Plan confiere la máxima prioridad en la asignación del gasto público a las erogaciones que apoyan directamente el bienestar social.

Hay dos planteamientos implícitos en el Plan que debemos resaltar:

1) En el terreno económico, se defiende la capacidad de la iniciativa privada y el mercado para resolver la crisis económica.

2) La tesis anterior se complementa, en el terreno social, con un postulado sobre el Estado solidario que, en el discurso, preserva el contenido social de la Revolución Mexicana.

Lo anterior supone un Estado fuerte que garantice un marco legal y condiciones adecuadas para el libre mercado y también una limitada acción estatal en la economía y la reducción de sus funciones relacionadas con el bienestar social.

Los valores que se sustentan son la libertad individual y la desigualdad. La competencia individual corrige todos los males económicos y sociales, y la desigualdad es la fuerza motriz de la competencia y la iniciativa individual.

Se plantea alcanzar el bienestar social estimulando las acciones de la familia y la comunidad, y los servicios privados, entendidos como productos naturales de éste. Por ello, el Estado sólo debe actuar cuando estos elementos fallan y se obliga a garantizar un mínimo para aliviar la pobreza y producir los servicios que los privados no pueden o quieren producir. En el terreno particular de la salud, esto conlleva el rechazo a la provisión pública de servicios de salud gratuitos, lo que se traduce en la revisión de las cuotas de recuperación de la Secretaría de Salud (SS) y la decisión y voluntad política de privatización de los servicios.

Las estrategias que se han seguido para reducir la acción estatal en el terreno del bienestar social son la privatización de la producción de servicios; el recorte del gasto social eliminando programas y reduciendo beneficios; la concentración del gasto en los grupos más pobres, y la descentralización de los servicios hacia el ámbito local.

Con toda seguridad se puede afirmar que después de la crisis "ya nada es igual", aunque las circunstancias actuales pueden representar la vuelta a un Estado asistencialista propiamente dicho y no de bienestar.

Los resultados sociales de la aplicación de la estrategia antes mencionada no son positivos; se ha agudizado la desigualdad, hay una gran incidencia de subempleo y se consolida una redistribución regresiva de la riqueza social, lo que redundo en el crecimiento de la población pobre y la configuración de un patrón extremadamente desigual de consumo. Así, cerca de 40 millones del total de 85 millones de mexicanos viven en la pobreza, mientras que entre 17 y 20 millones de ellos

viven en condiciones de pobreza extrema, lo que implica que no cubren sus necesidades primarias de alimentos.

Es importante destacar que resultaron efectos positivos de la táctica para enfrentar la crisis; el principal de ellos fue la reestructuración, expresada en reformas al sistema de salud tales como sectorización, descentralización, coordinación intersectorial, mezcla comunitaria y aumento de productividad.

Se han tomado decisiones que denotan un cambio en la modalidad de intervención estatal tradicional. Este cambio, que se venía gestando desde antes de la crisis, incide sobre la salud y seguridad social de los trabajadores y de la población en general, y se expresó en la necesaria reestructuración de los servicios:

- Reducción del tamaño del Estado: del Estado propietario al Estado solidario.
- Reestructuración salarial y laboral: reducción del salario real y flexibilización.
- Reorientación del gasto público: aumento del gasto social.

Reducción del tamaño del Estado: del Estado propietario al Estado solidario

La idea de que era necesario un redimensionamiento y modernización del Estado comenzó a tomar fuerza a finales de la década de los setenta, y se generalizó y puso en marcha a partir de mediados de los ochenta. Actualmente, se habla de privatización como símbolo de modernidad.

La intervención del Estado se analizó desde el punto de vista del tamaño del aparato estatal. La polémica se centró en la dimensión concreta que éste debería tener y en las formas de intervención para enfrentar problemas económicos, sociales y políticos.

En el móvil de las privatizaciones lo que imperó fue la presión de la coyuntura: el ahogo financiero del gobierno se transformó en el determinante principal del ritmo y dimensión de las medidas privatizadoras.

Sin embargo, el discurso oficial lo interpreta como el paso de un Estado propietario a un Estado solidario; en palabras del presidente Salinas de Gortari, en su segundo informe de gobierno:

El Estado excesivamente propietario debilitaba la salud de la economía, la atención política, el ánimo de la gente, la defensa efectiva del país en el exterior. Por eso, el Estado solidario, cuyo objetivo es el de la justicia, no ampara proteccionismos, ni privilegios oligopólicos, pero regula mejor; no posee, sino conduce; no sustituye, sino orienta. El Estado justo no renuncia a sus obligaciones constitucionales —particularmente las de propiedad estratégica— sino las consolida y cumple. Usa el gasto público para abrir oportunidades y para mitigar los efectos que dejó la crisis y los que ocasiona el tránsito hacia el nuevo modelo de desarrollo

Asimismo, plantea que los requerimientos son un Estado concentrado en lo básico, promotor de la infraestructura social y con respuestas a las demandas más sentidas de la población. Al mismo tiempo, hace hincapié en la elevación de la calidad de los servicios de salud y de seguridad social, lo que daría lugar a un Estado solidario propiamente dicho.

Las decisiones de privatización que se dieron entre 1982 y 1991 fueron tomadas fundamentalmente a causa de la crisis de las finanzas públicas (véase cuadro 3), de forma tal que se llegó a una situación en la que, por la vía de los hechos, lo urgente se convirtió en prioritario. El único límite para el decrecimiento del sector estatal lo estableció la norma constitucional, aunque, como se probó con el caso de la banca, ese límite no es infranqueable.

El problema de fondo no era adelgazar el Estado, sino que era necesario racionalizar y orientar a las empresas estatales de acuerdo a lo que las circunstancias de la crisis exigían. Para superarla se necesitaba reglamentar el amorfo sector estatal, eliminar un gran número de organismos, empresas y fideicomisos que habían cumplido su cometido, o que nunca lo cumplieron, y sólo representaban costos injustificables para el sector público.

Está aún por comprobarse si de las privatizaciones se derivará una mayor eficiencia económica del Estado. Tampoco puede aceptarse como norma general que un Estado reducido en su tamaño económico sea capaz de atender de mejor manera las demandas de la sociedad y de propiciar condiciones para la superación firme de la miseria extrema. La evidencia empírica disponible apunta en el sentido contrario, pues, después de 10 años de privatización, poco se ha logrado en materia de generación de empleo estable y bien remunerado, en particular en el medio rural y en las concentraciones urbanas con problemas agudos de miseria y marginación (Alcocer, 1991).

Es aún preciso definir el tipo y tamaño del Estado y de un sector paraestatal adecuado a la realidad del país y que no esté sujeto sólo a la lógica del mercado y de la ganancia; tener un diagnóstico preciso del Estado y del sector paraestatal; analizar el papel social de la empresa pública y su importancia para la integración de procesos económicos en el territorio nacional; reconsiderarla en relación con la propiedad nacional o extranjera y con el tipo de productos y mercados a los que se orienta; definir lo estratégico y lo prioritario, y considerar su mezcla en relación con empleo, salarios y gasto social. En este documento, sólo se presentarán algunos indicadores que muestran la reducción del sector público.

Peso del sector público en el PIB

El grado de mezcla del sector público en el total del producto interno bruto en 1982 alcanza 22%, lo que indica un aumento respecto a años anteriores (19.4% en 1981 y 18.5% en 1980), atribuible a la incorporación de la banca nacionaliza-

da. El máximo de mezcla estatal se alcanzó en 1984 con 24.8% y, a partir de entonces, el proceso de desincorporación de entidades hizo que esa mezcla disminuyera a 23.6% en 1989 (véase cuadro 4)

Ingresos presupuestales

Los ingresos presupuestales del sector público en el periodo de 1987-1990 disminuyen como porcentaje del producto interno bruto de 28.6% en 1987 a 27% en 1990; las más afectadas fueron las empresas paraestatales, rubro que, en 1987, representaba 7.2% del producto y, en 1990, 6.5 por ciento (véase cuadro 5).

Empleo del sector público

En el periodo de 1980 a 1985, el número de empleos remunerados en el sector público aumentó de 3 151 928 a 4 292 408 (cifras promedio anual). De 1985 a 1989 ocurre un estancamiento en la mezcla del sector público en el total del personal ocupado en el país: 19.5% en 1985, 20.1% en 1986, 20% en 1987, y 19.9% en 1988. Sin embargo, en las empresas públicas se observa una marcada disminución del número de ocupaciones remuneradas a partir de 1985 (cuadro 6).

Una primera evaluación del efecto de las desincorporaciones sobre el empleo muestra que, para 235 empresas públicas que representaban 90% del valor de la producción del sector paraestatal, éste se redujo en 6.9%, cifra que se eleva a 10.2% si se excluye la industria petrolera y el sector financiero (véase cuadro 7). Una evaluación a partir de un universo más amplio, de 431 entidades, permite afirmar que el número de trabajadores de los organismos desincorporados representa 10.2% del total; 14.4% cuando se excluyen los sectores petrolero y financiero (véase cuadro 8).

Conviene señalar que estas cifras no son equivalentes a desempleo ya que incluyen procesos de venta que, en principio, no implican necesariamente disminución de personal. En sentido estricto, el desempleo generado por la desincorporación sólo es atribuible a los procesos de liquidación y extinción, los que habrían afectado a poco más de 35 000 trabajadores (Tamayo, 1989).

Empresas públicas

En el periodo de 1970 a 1982 hubo un acelerado crecimiento del número de empresas públicas. Entre 1989 y 1990 se dio una patente reducción de este tipo de empresas, lo que muestra un cambio radical de política (véase cuadro 9). Hacia fines de 1982, el Estado participaba en numerosos sectores de la economía

por medio de 1 155 entidades públicas. De ellas, 870 se han venido liquidando, extinguiendo o transfiriendo a otros sectores. Las transferencias fiscales a las empresas públicas se han reducido de 8.1% del producto en 1982, a menos de 4% en 1989 (Zedillo, 1990).

En 1982 las empresas estatales significaban 17% del PIB; caso similar al de otras naciones del primer y del tercer mundo comparables con el caso mexicano. Más aún si consideramos que, de las 1 155 empresas y organismos estatales existentes en 1982, sólo seis concentraban el grueso de los ingresos y gastos (Pemex, CFE, Conasupo, FNM, IMSS, Telmex).

El proceso de redimensionamiento del sector paraestatal se llevó a cabo bajo los siguientes criterios: fusionar las entidades que eran compatibles técnica y económicamente; transferir a los gobiernos estatales aquéllas de importancia regional; liquidar o extinguir las que ya cumplieron sus objetivos, y vender empresas no estratégicas ni prioritarias que por su viabilidad económica fueran susceptibles de ser adquiridas por los sectores social y privado.

A partir de 1988 el proceso de desincorporación de entidades se acentúa; así, en 1989, se concretaron 73 desincorporaciones (Banco de México, 1989). En 1990, la desincorporación fue más activa que en el año anterior y se concluyen 138 separaciones. La operación individual más importante fue la venta de Telmex, cuyas repercusiones sobre las finanzas públicas afectaron el ejercicio de 1991. El proceso más significativo fue la desestatización de la banca múltiple que culminó en 1992, cuyo anuncio contribuyó a formar expectativas muy favorables sobre el curso de la economía. Asimismo, cabe mencionar las ventas de las empresas industriales de Conasupo y de los ingenios azucareros (Banco de México, 1991) (véase cuadro 10).

Gasto público

Durante el periodo 1976-1982, el gasto neto presupuestal aumentó 14 puntos como proporción del PIB, mientras que los ingresos corrientes públicos aumentaron tan sólo 6 puntos (Poder Ejecutivo Federal, 1983). A partir de 1982 hubo sucesivos recortes al gasto público; se disminuyó la planta de personal, el ámbito industrial del Estado y la inversión pública. La contracción del gasto público para disminuir el déficit fiscal recayó necesariamente sobre el rubro de inversión.

La disminución del gasto corriente (salarios) ha incidido negativamente sobre la utilización de la capacidad instalada en muchos sectores, tales como los servicios de salud y de educación, ya que no se cuenta con los recursos para contratar el personal necesario para operar los nuevos servicios y para el mantenimiento apropiado de los equipos, edificios, etcétera (Rey Romay, 1989) (véanse cuadros 11, 11a, 12 y 13).

Conforme al programa económico establecido para 1990, la política de gasto

se orientó a iniciar la recuperación de las erogaciones programables, a niveles compatibles con la reducción simultánea del déficit público. El gasto programable del sector público experimentó un crecimiento real de 7.6% y el gasto devengado subió 10.4%, a causa de la asignación selectiva en los renglones prioritarios (Salinas de Gortari, 1990) (véanse cuadros 14 y 15).

Reestructuración salarial y laboral: disminución del salario real y flexibilización

Entre 1882 y 1987 el salario real disminuyó 35.4%. De 1988 a 1989 volvió a deteriorarse 18.7%. Es innegable que la restricción salarial ha sido un factor de peso en el proceso de estabilización y que la contribución del sector laboral en esta esfera ha sido primordial.

El salario mínimo legal real en el periodo 1981-1988 tuvo una caída de 49.1%, alcanzándose en 1988 un salario equivalente al de 1963. El producto interno bruto per cápita de 1988 fue equivalente al de 1977; el subempleo era semejante al de 18 años atrás, y el gasto público programable de ese año fue igual al de 1974 (González Tiburcio, 1990).

Una manera más amplia de acercarse a la cuestión del nivel de vida de la población asalariada es considerando también la situación del desempleo, el subempleo y las prestaciones laborales. A continuación se presentan algunos indicadores adicionales del problema de la caída del salario real.

Subempleo

El subempleo se define como una insuficiencia en la calidad del empleo, obtener ingresos por debajo del ingreso promedio de la rama de actividad o no contar con prestaciones laborales. En el cuadro 16 se puede observar, para 1987-1990, que: *a)* el porcentaje de asalariados sin prestaciones laborales estuvo estancado, aunque experimentó un pequeño ascenso en 1989 y 1990, a causa de la regularización de los trabajadores por honorarios; *b)* fue disminuyendo el porcentaje de ocupados que ganan menos que un salario mínimo a causa del deterioro del salario mínimo legal, y *c)* hay una clara disminución en los ocupados que trabajan más de 48 horas por semana (respetándose la norma constitucional).

Desempleo

En los cuadros 17, 17a y 17b se presenta información anualizada sobre las tasas de desempleo abierto y las tasas de mezcla global y por sexo. Al analizar el

porcentaje de la población de 12 años y más que se declara económicamente activa (tasa de mezcla), se revela que el nivel general de mezcla se ha incrementado ligeramente en el periodo 1987-1990. Por sexo, se aprecia una mayor mezcla de la población masculina de 12 años y más.⁸

En este cuadro observamos que la tasa general manifiesta una disminución de 1.1%, y se sitúa en un rango que varía entre 3.9% en 1987 y 2.8% en 1990. Por sexo, también se puede advertir que la tasa de desempleo es mayor entre las mujeres que entre los hombres, aunque se aprecia una disminución más rápida de la tasa de desempleo de las mujeres.

Otro aspecto pertinente en el análisis del desempleo se obtiene de observar los niveles de instrucción. De la información del cuadro 18 se desprende que la proporción de desocupados sin instrucción es muy bajo. En contraste, casi tres cuartas partes de los desocupados declararon tener estudios medios o superiores.

En el segundo trimestre de 1990 la población desocupada abierta en 16 áreas urbanas se situó en 2.8% de la población económicamente activa (cifra 0.3 puntos porcentuales mayor que la observada en el trimestre anterior). Resultado derivado del efecto combinado de un aumento en la tasa de desempleo de los hombres (0.5 puntos porcentuales más con relación al lapso enero-marzo del año en curso) y la disminución registrada en la tasa de desempleo de las mujeres (0.1 puntos porcentuales menos que en el trimestre anterior) ubicándose ambas en 2.8 por ciento (véase cuadro 19).

Empleo

El número de asegurados en el IMSS en 1987 fue de 7 355 000 personas; en 1988, 7 764 700; en 1989, 8 286 500, y en 1990, 8 456 400.

Diversos indicadores señalan que en 1990 la situación del empleo continuó mejorando, aunque en algunos sectores se advierten crecimientos menores que en 1989.

En 1990 el número de asegurados permanentes en el IMSS aumentó 6.3%, tasa ligeramente inferior a la de 1989 (6.9%). Los sectores que registraron las tasas de crecimiento más altas fueron: construcción (17.6%), servicios sociales y comunales (11.5%) y servicios para empresas (9.4%). En las maquiladoras, el empleo bajó (aunque el número de horas-hombre trabajadas aumentó) y en las manufacturas creció sólo 0.3% con relación al año anterior (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1991).

Otro elemento que permite comprobar una regresión al Estado asistencialista (con sus características actuales) es el *status* de concreción del derecho al trabajo y al salario mínimo suficiente (artículo 123 constitucional), mismo que está explícitamente subordinado a la dinámica económica basada en la inversión privada. Datos del Banco de México y Nafinsa muestran que se vaticina que no

se generarán los empleos necesarios para satisfacer la nueva demanda de puestos de trabajo en este sexenio, y menos para acabar con el rezago de 8 millones de empleos. Asimismo, se espera que, para el año 2005, los salarios sólo habrán recuperado la mitad del poder de compra perdido a partir de 1977. Además, está previsto un cambio en la legislación laboral que formalizará la sujeción de la dinámica del empleo y del salario a las fuerzas del mercado (Laurell, 1991).

La flexibilización de la mano de obra o reforma laboral en torno a la conveniencia de modificar algunas de las normas laborales (salario, ascenso escalafonario, duración de los contratos de trabajo, procedimientos de reajustes, etc.) se encontró con grandes obstáculos y serias reticencias por parte de los sindicatos y de algunos sectores del gobierno, pero se ha dado por la vía de los hechos a lo largo de una década de reestructuración laboral. En el nuevo esquema económico los intereses de los asalariados, que habían sido protegidos mediante la acción colectiva y la tutela del Estado, resultaron afectados. La falta de representación de los intereses de los asalariados en las más importantes decisiones económicas nacionales tomadas a partir de 1982 (incluido el Tratado de Libre Comercio) ha vuelto inoperantes aspectos importantes de la actual Ley Federal del Trabajo, al tiempo que ha dado cabida a diversas demandas del sector empresarial. Hay una discusión creciente sobre las ventajas y desventajas asociadas a la legislación vigente (Bensusán, 1991).

La política de depresión salarial acelerada tuvo dos repercusiones fundamentales sobre el Sistema Nacional de Salud. Por una parte, afectó directamente los ingresos de las instituciones de seguridad social, ya que el monto de las cuotas se calcula a partir de un porcentaje de los salarios. Por la otra, el recorte presupuestario sin disminución de la cobertura.

Reorientación del gasto público: aumento del gasto social

El Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 confiere, como ya se mencionó antes, la máxima prioridad en la asignación del gasto público a las erogaciones que apoyan directamente el bienestar social.

La sustitución de una política de justicia social por el mero aumento del gasto orientado a los grupos más pobres (lo que sirve de excusa para que el Estado desatienda su obligación constitucional de garantizar los derechos sociales de todos los mexicanos) representa un grave deterioro de las condiciones de vida de la mayoría de los trabajadores.

La política de dirigir el gasto público hacia los grupos más depauperados llega a su mejor expresión con establecimiento del Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol), que tiene como objetivo explícito canalizar recursos para la solución de problemas sociales de los grupos de extrema pobreza. Sin embargo, una

política de este tipo se viene instrumentando en el sector salud desde el sexenio pasado, por medio de la fijación de prioridades institucionales y por cambios en los esquemas de financiamiento de las distintas instituciones. Así, las dependencias de salud tienen como prioridad explícita atender el nivel básico, o sea la atención primaria en salud, cuestión que se expresa en asignaciones presupuestarias con ritmos diferenciados de recorte y recuperación. Por otra parte, durante el sexenio pasado el gobierno federal redujo sus obligaciones financieras con el IMSS, dejando casi la totalidad del financiamiento de la institución a cargo de patrones y trabajadores, y reorientó sus recursos hacia la Secretaría de Salud para atender a la población de escasos medios (Laurell, 1991).

A partir de lo anterior, el gasto en desarrollo urbano y en el Programa Nacional de Solidaridad aumentó su mezcla en el gasto programable de 32.2% en 1988, a 35.9% en 1989, y a 38.3% en 1990. Esta orientación selectiva del gasto permitió incrementar 6.9% el gasto en educación en términos reales, 12.4% en el gasto en salud y 64.8% el gasto en solidaridad y desarrollo regional para 1989 (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1990).

En 1990 se hizo mayor hincapié en el gasto en desarrollo social, el cual incluye educación, salud, desarrollo urbano y Programa Nacional de Solidaridad. Con ello, este rubro acumuló un crecimiento real de 21.9% en los dos primeros años de la administración. El incremento real correspondiente a educación fue 15.4% y el de salud 28.1 por ciento ("Criterios Generales de Política Económica para 1991").

La asignación del gasto de inversión se canalizó preferencialmente hacia las ramas con mayor incidencia en bienestar de la población. Así, la inversión del sector de desarrollo social representó, en 1990, 21.3% de la inversión presupuestal total, contra 17.6% en 1988. El gasto en este rubro permitió, entre otros efectos, disponer de más escuelas y hospitales y mejorar la vivienda, mediante el Programa Nacional de Solidaridad ("Presupuesto de Egresos de la Federación para 1991").

Para 1991 se propuso un presupuesto que elevó la mezcla del gasto en desarrollo social a 43.5% del total programable. Ello significa que, hacia la mitad del periodo que cubre el Plan Nacional de Desarrollo, esa proporción habría ganado 11.3 puntos porcentuales. El crecimiento real del gasto en educación en 1991 fue de 17.3%, con una acumulación de 35.4% durante la administración actual. De su parte, el gasto en salud aumentó 10.1% real, respecto de 1990, y 41% en comparación con 1988 (Presupuesto de Egresos de la Federación para 1991).

El modelo de política social que se perfila está conceptualmente ligado a la privatización, que estipula: "el que puede, que pague". La redistribución del menguado gasto social hacia los necesitados se da entonces a partir de una transferencia a costa de otros sectores depauperados, como evidencia el caso del financiamiento del IMSS que se verá más adelante.

Se intenta disminuir las expectativas sociales respecto a un Estado benefactor, afín con una imagen de distribuidor o reparador de las desigualdades

producto de la operación del mercado. Los limitados servicios proporcionados no rebasan la atención primaria selectiva. Seguramente continuará la exclusión de los servicios de salud de sectores de población, en especial (como se ha venido dando), de la clase media que puede pagar un poco más por una mejor atención médica.

3. EL SECTOR SALUD EN MÉXICO

El gasto público en salud

En la última década, se puso de manifiesto la creciente incapacidad del Estado de responder a las cada vez mayores necesidades y demandas de los servicios de salud de la población.

Durante los años ochenta hubo un recorte presupuestario importante en el renglón de la salud; para 1989 el presupuesto de todas las instituciones de salud aún era menor que en 1981, después de llegar a su punto más bajo en 1986 y 1987. En términos per cápita, la situación se agrava todavía más (véase cuadro 20).

Asimismo, el gasto en salud bajó de 4.7 a 2.7% del gasto público total (véase cuadro 21). Con respecto al PIB, teniendo en cuenta la recomendación de la OMS (5% del PIB), el atraso del gasto público en salud es todavía más notable a fines de la década ya que bajó de 1.9 a 1.6 por ciento.

Otro hecho importante a considerar es que, ante las restricciones presupuestarias, se privilegió el gasto corriente dejando rezagado el gasto de inversión. Así, en el sector salud, la inversión global cayó 71% entre 1982 y 1983, manteniéndose el nivel de este último año todavía en 1986. Esta tendencia fue aún más marcada en las instituciones de seguridad social ya que ese gasto se abatió, 75% en 1983, sin registrar ninguna recuperación para 1986. La sostenida restricción de la inversión no sólo impidió la expansión de los servicios sino que provocó su deterioro paulatino (Laurell, 1991).

Del análisis de los datos de la evolución del presupuesto durante la crisis y el periodo de ajuste, se observa que se redujo el presupuesto asignado a las instituciones de salud. Por ello, la gestión estatal en este campo se ha visto limitada. Se observan dos momentos, uno ascendente hasta 1981 seguido por una caída brusca en 1982. El presupuesto total de 1987 apenas representaba 47% del presupuesto asignado en 1981. Sin embargo, en 1988 se recupera como resultado de la canalización de recursos al Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol) (véase cuadro 20).

Se observa que las instituciones fueron afectadas de manera desigual. Las más afectadas fueron el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Programa de Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (IMSS-Coplamar), que recibieron como presupuesto en 1987 sólo 27% del asignado en 1981. Lo anterior confirma cómo la

asistencia pública fue la esfera más castigada en términos presupuestales. Cabe destacar que parte de la reducción en el DIF fue causa de cambios de giro, y la del IMSS-Coplamar del proceso de descentralización. Pero aún así, el efecto social de esa disminución presupuestal es considerable pues en estas instituciones se atienden los sectores más necesitados.

Indicadores del sector salud

Cobertura

Para 1982 la cobertura estimada era de 81.2%; había casi 14 millones de mexicanos sin acceso a los servicios de salud, en una población total de 73.2 millones de habitantes. En 1987, con 81.2 millones de habitantes se alcanzó una cobertura de 91%, lo que significa que 73.9 millones de mexicanos tenían acceso a servicios permanentes de salud. Del total de la población, 53.6% se encontraba vinculada a algún sistema de seguridad social, 33% se ubicaba dentro de las zonas de influencia de los servicios a población abierta, 4.4% tenía capacidad de atenderse en la medicina privada y 9% estaban fuera de cobertura (Fundación Mexicana para la Salud, 1988).

La institución que presenta el mayor incremento en la cobertura es la seguridad social (IMSS), la cual creció en el periodo 1976-1988 de 17 millones a 36 millones de personas atendidas. Esto significa un aumento de 28 a 41% del total registrado. De tal forma, la Secretaría de Salud (SS) muestra para el mismo periodo un incremento menor, que pasó de 41 millones a 43 millones de personas cubiertas. Teniendo en cuenta el crecimiento general de la población y de la población cubierta por el IMSS, lo anterior significó una reducción de su mezcla de 66% a 50 por ciento (véase cuadro 22).

Es pertinente investigar si los avances en productividad se dieron a costa de la calidad de atención, como resultado del aumento de la cobertura.

Crecimiento demográfico

Las cifras preliminares del censo de 1990 muestran que la población se duplicó en sólo 25 años. En la actualidad existe una población total de 81 140 922 personas. De estas, 39 878 536 son hombres y 41 262 386 son mujeres. Este resultado nos ubica como el undécimo país más poblado del mundo.¹¹ En proyección, la población de 15 a 64 años crecerá de 53% en 1980 a 65% en 2010, con alrededor de 80 millones de personas. Esto causará aumento en la demanda de atención de padecimientos crónico-degenerativos y lesiones. Los habitantes mayores de 65 años duplicarán su porcentaje pasando de 3 a 6%; en términos

absolutos su número se triplicará alcanzando más de 7 millones, lo que incrementará considerablemente las demandas de atención propias de la vejez (J. Frenk y J.L. Bobadilla, 1991).

Gasto per cápita

Desde el punto de vista de los cambios en las condiciones de bienestar de la población, el indicador fundamental es el gasto en salud per cápita, más que el gasto total. En estos términos el presupuesto del ISSSTE presentó una pérdida de 44% en el periodo 1981-1989, el IMSS perdió 44%, y la SS bajó 50 por ciento (véase cuadro 20).

Personal médico

En el periodo 1976-1988 el número de médicos empleados en las principales instituciones del sector salud registró un aumento de 38 429 a 58 722; es decir, en 12 años se produjo un incremento de 53%. Las instituciones que contribuyeron en forma significativa a ese crecimiento fueron la SS y el ISSSTE que registraron aumentos de 60 y 110% respectivamente (véase cuadro 23).

Productividad: consultas por médico

En términos de productividad, medida por la cantidad de consultas por médico, se observa que en la seguridad social (IMSS) para el periodo 1976-1988, se tiene una razón que varía de 2.43 a 2.85; del mismo modo, en la asistencia pública (SS) se observa un incremento en la razón consultas por médico de 1.26 a 1.43 en el mismo periodo, y, finalmente, en la seguridad social de los burócratas (ISSSTE) la razón va de 2.03 a 1.69. Sin embargo, es necesario tener presente que los aumentos en la productividad, al situarse en una estructura contraída económicamente, pueden ocasionar que se den más consultas en peores condiciones (véase cuadro 23).

En la relación de usuarios potenciales por médico, para la asistencia pública (SS) varía de 3.19 a 4.75 médicos por cada 10 mil habitantes de 1976 a 1988, lo que indicaría una política de dotar de un mayor número de médicos a la población de escasos recursos. Sin embargo, dicha política debe ser reforzada, pues está muy por debajo de la razón observada en la seguridad social; la cual, en el mismo periodo, pasa de 11.92 a 7.42 para el IMSS y de 14.10 a 15.14 para el ISSSTE, institución que comparativamente está sobremedicalizada (véase cuadro 23).

Enfermeras por médico

La relación enfermeras por médico para la asistencia pública (SS) pasa de 1.46 a 1.86 en el periodo de 1976 a 1988; para la seguridad social (IMSS) la proporción es de 1.51 a 2.17, y para el ISSSTE es de 1.16 a 1.20. Esto denota que ninguna institución está en la razón recomendada por la norma internacional que es de tres enfermeras por cada médico. En el IMSS se impulsó una política tendiente a cumplir esta norma, a diferencia del comportamiento observado en el ISSSTE y, en menor medida, en la SS. Este punto es muy importante y obliga a la revisión del patrón de utilización de los recursos humanos en el sector salud para favorecer más al trabajo de paramédicos, mismo que es más barato y puede ser igualmente eficaz (véase cuadro 24).

Número de camas

El número de camas creció 42% entre 1976 y 1988. La asistencia pública (SS) mostró un crecimiento para ese periodo de 52%, la seguridad social (IMSS) de 26% y el ISSSTE de 49%. La distribución de camas en 1988 para las principales instituciones fue de 57% a la SS, 35% al IMSS y 8% al ISSSTE (véase cuadro 25).

Consultorios

El total de consultorios se incrementó en el periodo 1976-1988 en 183%. Se observa para la seguridad social (IMSS) un aumento significativo hasta 1982, fecha en la que llega a su cúspide con 13 727 consultorios; luego decrece a 9 862, como resultado de la pérdida de consultorios ocasionada por los sismos de 1985. Se destaca que la asistencia pública (SS) en el periodo 1979-1988 observó un aumento en el número de consultorios de 143 por ciento (véase cuadro 26).

Consultas

Si se observa el número de consultas por instituciones se detecta a lo largo del periodo 1976-1988 una tendencia ascendente, con 76.1 millones de consultas en 1976 y 124.9 millones para 1988. Esto representa un crecimiento de 64%, a pesar de las reducciones presupuestales (véase cuadro 26).

Principales causas de mortalidad

En 1980 los principales motivos de mortalidad en México fueron: enfermedades del corazón, accidentes, influenza y neumonía, enteritis y otras enfermedades diarreicas, tumores malignos, algunas causas de mortalidad perinatal, enfermedades cerebro-vasculares, cirrosis y otras enfermedades hepáticas, diabetes mellitus, nefritis y nefrosis, y otras (Frenk, 1991).

Para 1987, las principales causas de mortalidad general fueron: accidentes, envenenamientos y violencias, enfermedades cardíacas, enfermedades infecciosas intestinales, ciertas causas de morbilidad y mortalidad perinatal, neumonías, influenza y otras infecciones respiratorias agudas (véase cuadro 27).

Mortalidad infantil

En años recientes, se distinguen dos características en el comportamiento de la mortalidad infantil en México. Por un lado, existe un grado de asociación inversa con el nivel socioeconómico de la población; y, por el otro, se destaca la tendencia descendente conforme avanza el siglo. Contribuyeron al abatimiento de la mortalidad infantil las innovaciones tecnológicas de amplia difusión internacional, el avance de la medicina y el proceso de urbanización acelerada, que permitió el acceso al agua potable y a los servicios médicos. Durante los años ochenta la mortalidad de menores de un año disminuyó notablemente en relación con la década anterior. De 36.5, la tasa bajó a 29.3 por 1 000 nacidos vivos en todo el país; es decir, se presentó un descenso de 20 por ciento.

En México, se aprecia una dinámica diferente en los menores de un año y en los preescolares. En los primeros, la tasa bajó 20% de 1978 a 1984, mientras que para los segundos la tasa sólo disminuyó 4 por ciento (Cruz *et al.*, 1990).

Principales causas de mortalidad infantil

En el caso de la mortalidad infantil, hay dos padecimientos característicos, los que resultan de complicaciones perinatales y las defunciones por anomalías congénitas.

Las muertes por problemas perinatales en la infancia, durante los ochenta, representan 27% del total, superando la proporción de muertes por infecciones gastrointestinales y por neumonías, mismas que hasta finales de los setenta representaban las causas principales en este grupo de edad.

Los menores de un año son más sensibles a la muerte por descuido, neumonías y diarreas; mientras que los de uno a cuatro años son más vulnerables a móviles externos, accidentes e infecciones causadas por una importante incidencia de desnutrición (véase cuadro 28).

La transición epidemiológica comprende tres movimientos: 1) el paso del predominio de las infecciones comunes y la desnutrición como principales causas de muerte a una preponderancia de las enfermedades crónico-degenerativas, las lesiones y los padecimientos mentales; 2) un desplazamiento de la incidencia de la mortalidad de los niños hacia los adultos, en especial los de edad avanzada, y 3) un cambio en el significado social de la enfermedad, la cual deja de ser una crisis que se resuelve ya sea por curación o por muerte, para convertirse en un estatus crónico y a menudo estigmatizado: mientras que con las enfermedades agudas se *está* enfermo, con los padecimientos crónicos se *es* enfermo (Frenk y Bobadilla, 1991).

En México se ha modificado el perfil epidemiológico en la mortalidad de la población y las causas primarias de muerte. Ha ocurrido un desplazamiento de las enfermedades infectocontagiosas por los padecimientos cronicodegenerativos y las lesiones como motivos fundamentales de muerte, traslapándose estos tipos de padecimientos. También se ha presentado una polarización epidemiológica en la cual la población pobre y rural mantiene un esquema de morbilidad y mortalidad en donde la desnutrición y las infecciones son comunes, mientras que las ciudades se enfrentan de manera creciente a la mortalidad resultado de enfermedades crónicas y lesiones. Al mismo tiempo han resurgido enfermedades erradicadas a consecuencia de una sanidad deficiente. Esta situación ha dado lugar a un modelo de transición prolongado y polarizado (Frenk *et al.*, *La transición...*, 1991).

A manera de conclusión, se puede afirmar que no es fácil determinar con exactitud, a partir de los indicadores disponibles, de qué modo repercutieron las restricciones en la prestación de los servicios de salud sobre las condiciones de salud de la población. La disminución del gasto per cápita en salud y el aumento del desempleo (y, por lo tanto, el aumento del número de familias que quedaron al margen de la seguridad social) son tendencias que implicaron un aumento de la demanda que recayó sobre las instituciones públicas de salud, y por tanto, la cantidad y calidad de la atención a la salud se han visto afectadas.

4. POLÍTICAS PARA MEJORAR LA INTERRELACIÓN ENTRE LOS SECTORES PÚBLICO Y PRIVADO

El financiamiento de la salud en México

El actual esquema de financiamiento del gasto en salud en México está basado en el criterio propuesto por el Banco Mundial de eliminar la prestación gratuita o los pagos meramente simbólicos. Entre los mecanismos que concretan este esquema destacan la actualización de las cuotas de recuperación en los servicios públicos o la compra del servicio en el mercado. Ambos mecanismos muestran una tendencia del impulso hacia la privatización.

Uno de los rasgos del esquema de financiamiento de los servicios de salud mexicanos es la mezcla permanente del Estado en todas las formas de financiamiento, ya sea por medio de la contribución directa, ya mediante la vía fiscal (Abel-Smith, 1978). Es importante destacar esto, pues el Estado puede influir en la redistribución del ingreso por medio de su gestión en la salud, reduciendo o incrementando su apoyo económico a las distintas instituciones o sectores.

En México, podemos mencionar tres modalidades de organización de los servicios de salud con base en el esquema de financiamiento: la asistencia pública, la seguridad social y la atención privada.

Se distinguen cuatro instituciones que proporcionan servicios de asistencia pública: la Secretaría de Salud (SS), el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal (SMDDF) y el Programa de Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (IMSS-Coplamar). Estas dependencias otorgan servicios de atención a la población abierta, es decir a la población carente de recursos económicos y de seguridad social. La asistencia pública presenta un esquema de financiamiento unipartito, es decir se financia fundamentalmente con ingresos federales, canalizados a través del presupuesto.

En relación al DIF y al IMSS-Coplamar, sus presupuestos para 1987 representaban sólo 26 y 27% respectivamente de los alcanzados en 1981. Esto quiere decir que, pese al aumento de la población en la década y la ampliación en la demanda de atención derivada del desempleo y consecuente pérdida de derechos en la seguridad social, el subsidio asignado para estas instituciones, que atienden a las clases más necesitadas, se redujo a una cuarta parte. Los datos disponibles del DDF demuestran que el presupuesto de salud para 1983 representaba sólo 63% del monto destinado en 1981.

Por lo que respecta a la Secretaría de Salud, la reducción de su presupuesto, que en 1987 tan sólo representaba 52% del alcanzado en 1981, ocasionó un incremento en la otra fuente de financiamiento: las cuotas de recuperación. A partir de esto observamos cómo el esquema de financiamiento para dicha institución se torna bipartito con un aumento relativo de las cuotas pagadas por los usuarios. Dichas aportaciones corresponden al pago que hacen los usuarios por los servicios, el cual, según las políticas establecidas, debería ser establecido de acuerdo a sus posibilidades económicas con cuotas determinadas según tipos de demanda de atención, de unidad médica y de localidad, estableciéndose cuotas diferenciales para cinco niveles. Este criterio no se aplicó en la realidad, pues, como se constata en un estudio realizado en hospitales de segundo nivel, se clasificó indiscriminadamente a 67% de los usuarios en los rangos de cuota más altos y se cobraron contribuciones adicionales a lo estipulado del orden de 109% en promedio, lo que llevó a que la proporción de éstas con respecto al presupuesto creciera de 23 a 84% de 1986 a 1987 (Cruz, 1989).

Con base en los datos anteriores se deduce que la crisis económica modificó el

esquema de financiamiento de los servicios médicos en los hospitales de la Secretaría de Salud (SS) y que la dinámica de inflación-contracción del gasto-necesidades crecientes se tradujo en el incremento del cobro por servicios médicos, haciendo abstracción de la política de subsidio en perjuicio de los sectores más necesitados.

En relación con la seguridad social, las instituciones más representativas son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que presta servicios a un alto porcentaje de la población con relación salarial formal; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que da servicio a los burócratas, y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM). A continuación se analizarán los casos del IMSS y el ISSSTE (véase cuadro 29).

El IMSS recibe recursos de tipo tripartito, es decir, tanto el Estado, como los patrones y los obreros contribuyen, de acuerdo a tablas de cuotas por semana y grupos de salario especificadas en la ley. Se observan dos tendencias en el aporte de las cuotas: hasta 1981 la tendencia es ascendente, y en 1982, decayó, mientras que de 1983 a 1987 ocurrieron descensos menores (véase cuadro 30).

En lo referente a la seguridad social de los trabajadores del Estado (ISSSTE), el esquema de financiamiento es bipartito, determinado por contribuciones de los trabajadores y del Estado. La mezcla del Estado en dicho esquema de financiamiento presentó una drástica caída de 48% en 1982 con respecto al año anterior, ubicándose incluso por debajo de las aportaciones de los empleados hasta 1984, lo cual denotó un cambio significativo de la colaboración del Estado en el esquema de financiamiento. Asimismo, se observa que las contribuciones de los trabajadores muestran una propensión a disminuir en 1983-1987 (Valdés, 1978) (véase cuadro 31).

En cuanto a la atención privada, se debe tener presente que la presencia del Estado en el esquema de financiamiento de los servicios médicos privados es por la vía fiscal, ya que en México los gastos médicos son deducibles de impuestos. Aunque es preciso subrayar que este subsidio sólo es accesible para las personas que presentan declaración fiscal anual, las cuales forman parte de la clase media alta de la alta. En este sentido, en el apoyo del Estado para el subsidio de gastos médicos privados sólo se ven beneficiados tales grupos sociales, quedando marginadas de éste las clases más necesitadas.

Dentro del esquema de financiamiento del IMSS, la crisis afectó la mezcla del Estado, reduciéndola de 11.5 a 6%. La diferencia fue cubierta por la aportación patronal. Esto es importante pues indica una privatización mayor del esquema de financiamiento de la seguridad social.

FIGURA 2. *Políticas para cambiar la mezcla público-privada*

<i>Financiamiento</i>	<i>Prestación del Servicio</i>
a) Hacer legalmente obligatorio el seguro de salud. Empresas con más de cierto número de empleados deben dar seguro de salud. Esto fomentará la demanda a prestadores privados.	h) Contratación. El gobierno mantiene la responsabilidad por el servicio y su financiamiento, pero la prestación del servicio es privada. Se pueden contratar servicios clínicos, no clínicos y gerenciales.
b) Cuotas suplementarias por los servicios públicos.	i) Eliminación de ciertos servicios; por ejemplo, el suministro de medicinas.
c) Arreglos financieros para reducir el riesgo de aseguradoras privadas, por ejemplo, con reaseguros públicos.	j) Bonos de salud que se distribuyan a la población para pagar los servicios.
d) Beneficio fiscal a quienes opten por seguros privados de salud.	k) Aumentar las cuotas de los servicios públicos para inducir a que se usen los servicios privados.
e) Permitir que las empresas no paguen el seguro social obligatorio si tienen un buen esquema alternativo de seguro.	l) Apoyo a prestadores tradicionales de servicios mediante capacitación, suministro de medicinas, etcétera.
f) Permitir que el paciente elija entre diversos aseguradores privados. Apoyo financiero gubernamental a esos aseguradores. Fomento a la competencia entre prestadores de servicios.	m) Modelo de elección pública. El paciente elige entre prestadores públicos a nivel primario y de hospital. Distribución del presupuesto de acuerdo al número de pacientes.
g) Capacitación, asesoría y proyectos piloto para desarrollar el sector privado.	n) Mercados internos. La entidad responsable del servicio contrata servicios e instalaciones clínicos con prestadores públicos y privados. (District Health Authorities, Reino Unido).

FUENTE: Bennett (1991).

Políticas para el cambio de la mezcla público-privada

De acuerdo con el marco teórico de este trabajo, la privatización se entiende como el cambio en la mezcla público-privado tendiente a incrementar el desempeño de este último en el financiamiento y la prestación de servicios de salud. El análisis de la mezcla público-privada permite evitar posiciones extremas sobre estatismo o privatización que, aunque pueden tener lugar en otras esferas de la economía, no corresponden a la realidad del sector salud en gran mayoría de los países.

Por lo tanto, como criterio orientador para presentar recomendaciones de políticas tendientes a modificar la mezcla público-privada en términos de

avanzar hacia la privatización, es útil partir de la figura 2 que resume experiencias de política a escala internacional.

Para plantear nuestras propuestas distinguiremos, como se ha venido haciendo a lo largo de este documento, entre las de financiamiento y prestación de servicios; adicionalmente se tendrán en cuenta políticas para la colaboración e intercambio entre sectores, las que no reciben la atención debida en la mayor parte de la literatura sobre el tema.

Ingresos fiscales. Cobrar impuestos directos o indirectos para financiar o subsidiar al sector privado; por ejemplo:

a) Impuestos, a industrias cuyos productos conllevan efectos nocivos para la salud: tabaco y alcohol.

b) Impuestos a industrias contaminantes: cemento, desechos químicos, etc. En esta forma, tales industrias compensarían a la sociedad por los daños a la salud que sus productos o procesos ocasionan.

c) Impuesto al uso de automóviles o transporte de carga por contaminar y dañar la salud.

Financiamiento público a la prestación de servicios privados. Esta modalidad, aunque es la dominante en la mayoría de los países de Europa Occidental, es difícil y conflictiva ya que hay casos en los que genera abusos y corrupción, como se ha mostrado, por ejemplo, en el caso de Brasil. A lo sumo, las instituciones públicas pueden seguir subrogando servicios clínicos que, por razones de economías de escala, no puedan proporcionar eficientemente (Frenk, 1991).

Crear diferentes alternativas de pago por servicios. Dar diferentes opciones de pago a los usuarios, incluso con facilidades de crédito.

b) Políticas de prestación de servicios

El alcance de las políticas de prestación de servicios está determinado por un amplio conjunto de factores, entre los que destacan los vinculados a la calidad, los costos, la instalación y el uso de capacidad, e incremento de su eficiencia.

Aumentar la calidad de los servicios privados. Aumentar la calidad es fundamental para conservar y atraer nuevos pacientes.

Bajar costos. Debe tomarse muy en cuenta, con el fin de aumentar el acceso de más usuarios a los servicios privados.

Aumentar la capacidad instalada. El sector privado tiene que adecuarse a las necesidades futuras de demanda de servicios y aumentar la capacidad instalada para hacer frente a esos requerimientos.

c) Políticas de cooperación e intercambio entre sectores

Las políticas para cambiar la combinación interna de la mezcla público-privada tienen un costo y, a veces, deben ser simultáneas para ser exitosas (por ejemplo, los prestadores privados sólo pueden prosperar si hay seguros para proteger a la población contra riesgos catastróficos). También debe haber colaboración entre estos dos sectores; por ejemplo, en planeación, sistemas de información, capacitación, etc. (Bennett, 1991).

Búsqueda de la eficiencia. Para estimular la eficiencia, es más importante la competencia que la propiedad de los servicios; sin embargo, puede ser que la competencia sea negativa (asimetría de información). No se sabe cuál debe ser la mezcla adecuada de acciones del sector público y del sector privado. La presencia de externalidades o bienes públicos tiene implicaciones sobre el financiamiento del servicio, pero no necesariamente sobre su prestación (Bennett, 1991).

Servicios de tercer nivel. Los servicios de tercer nivel proporcionados por instituciones públicas se pueden cobrar a quien lo solicite a precios privados y así ser una fuente de financiamiento importante.

Uso de instalaciones públicas. Facilitar el uso de instalaciones públicas, aprovechando capacidad ociosa o subutilizada. Arrendar a médicos privados consultorios de clínicas que no se usen en el horario vespertino (por ejemplo algunos centros de salud urbanos), a cambio de atención de calidad razonable y a precios accesibles. Los centros de salud recibirían un ingreso que podría usarse para subsidiar la atención a los pobres.

Entrenar a farmacéuticos. Aprovechar y aumentar la capacidad de los encargados de farmacias para orientar a los consumidores.

Paquetes integrados de atención. Estos paquetes por tratamiento integral (por enfermedad, no por síntoma) pueden graduarse según el ingreso de las familias y complementarse con subsidios públicos de acuerdo al desempeño de los prestadores de servicio.

Subrogación. Es posible introducir innovaciones atractivas, como ofrecer un pago per cápita a médicos privados que optaran por ofrecer atención primaria en áreas marginadas, sobre todo rurales. Esto permitiría extender la cobertura sin extender la nómina.

Contratación de los servicios auxiliares no clínicos. Como son los de lavandería, alimentación y seguridad, para evitar problemas administrativos, pues la contratación privada es mucho más sencilla.

Asociaciones sin fines de lucro. El sector público debe apoyar el desarrollo de estas instituciones, en especial hospitales con mezcla religiosa, por su eficiencia y su contacto estrecho con los pacientes como consecuencia de su motivación de ayuda social.

REFLEXIONES FINALES

A lo largo de este documento se han presentado elementos analíticos y empíricos que permiten las siguientes conclusiones:

1) El marco analítico más adecuado para estudiar la privatización de los servicios de salud es el que presenta el análisis de los cambios en la mezcla público-privada de financiamiento y prestación de servicios.

2) Entre el conjunto de agentes involucrados en la privatización de los servicios de salud en México, destaca el desempeño de las aseguradoras privadas. Dado que los prestadores privados de servicios no tienen la capacidad financiera para expandirse y el Estado no los apoya económicamente, es de esperar que las aseguradoras sean los elementos más dinámicos en el financiamiento de la privatización de la salud en México. El aumento de su mezcla en el financiamiento de la salud de los grupos de clase alta y media alta permitirá eliminar el doble aseguramiento, lo que liberará fondos de la seguridad social.

3) La crisis y el subsiguiente periodo de ajuste llevó a una importante reestructuración de la modalidad de intervención estatal en la economía general y en la salud en particular. Se generaron cambios fundamentales vinculados al tamaño del Estado y el monto y asignación del gasto público. Durante el decenio de los ochenta, se redujo sensiblemente el presupuesto del sector salud que, para 1989, era aún menor que en 1981, después de llegar a su punto más bajo en 1986 y 1987; en términos per cápita, la situación fue todavía más grave. La evolución desde el Estado propietario al Estado solidario fue acompañada de un aumento del gasto social en 1989-1990, recuperándose así los montos del gasto en salud del periodo previo a la crisis.

4) A finales de los ochenta, de 82 millones de mexicanos, 74 millones (91%) tenían acceso a servicios permanentes de salud. Esto significó un incremento importante de la cobertura, que era de alrededor de 81% a principios del decenio, cuando el país tenía una población de 73 millones de habitantes.

5) La reestructuración laboral y salarial tuvo efectos negativos sobre los niveles de bienestar y de salud de la población. Aunque no es fácil determinar la repercusión de la crisis sobre la salud de la población, el deterioro social se refleja en la dinámica de algunos indicadores. Así, por ejemplo, el aumento de la mortalidad infantil por problemas perinatales en los ochenta muestra un deterioro de las condiciones de nutrición materna.

6) La disminución del gasto público per cápita en salud y el aumento del número de familias que quedaron al margen de la seguridad social por el desempleo implicaron un aumento de la demanda a instituciones públicas de salud, lo que afectó la cantidad y calidad de la atención.

7) La privatización de la salud no se ha traducido en la desincorporación de instituciones públicas, sino más bien en una reorientación de la demanda de

grupos con capacidad adquisitiva hacia el sector privado y una privatización del financiamiento de la seguridad social. Este ha sido el principal cambio en la mezcla público-privado.

8) Para aumentar la eficiencia y reducir los costos de la prestación de servicios es más importante la competencia entre prestadores que la propiedad de esos servicios; aunque se debe tener en cuenta que un exceso de competencia puede conducir a la duplicación y sobrecapitalización de ciertos servicios. Al Estado le corresponde un doble papel de promover y regular la competencia en el sector salud.

9) La integración de los servicios públicos de salud es imprescindible para evitar duplicaciones y reducir costos. La integración también facilitaría la cooperación entre los sectores público y privado.

Para terminar, más allá de las políticas presentadas en la parte anterior, es conveniente presentar algunas ideas sobre las funciones que continuará teniendo el Estado, incluso una vez que haya avanzado la privatización:

1) Garantizar el financiamiento de servicios de salud a la población más vulnerable (pobres y enfermos crónicos sin recursos), así como asegurar servicios aceptables y accesibles en áreas rurales o marginales urbanas. Estas acciones permitirían fortalecer la equidad en la prestación de servicios, contrarrestando los probables efectos negativos de la modificación de la mezcla.

2) Evitar el continuo deterioro de las instituciones públicas de salud causado por la reducción del gasto corriente y de inversión en el sector durante la década de los ochenta.

3) Financiar los bienes públicos vinculados a la prestación de servicios de salud, tales como la educación sobre salud.

4) Impulsar que se adopten normas (estándares) de atención de salud pública y privada compatibles con los recursos nacionales. Esto se puede lograr mediante la regulación y el ajuste del sistema de incentivos.

5) Recabar información para la planeación y la regulación de los servicios de salud. El papel esencial de los gobiernos en el área de salud será elaborar políticas, planear, regular y recabar información. La prestación de servicios continuará, pero la función de coordinación será, con toda seguridad, más importante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I. Documentos gubernamentales

- Banco de México, *Informe Anual 1990*, México, 1991.
- Banco de México, *Informe Anual 1989*, México, 1990.
- Banco de México, *The Mexican Economy*, México, 1989.
- "Criterios generales de política económica para 1991", *El Mercado de Valores*, núm. 1, 1 de enero de 1991.
- Poder Ejecutivo Federal, *Plan Nacional de Desarrollo, 1983-1988*, México, Presidencia de la República, 1983.
- Presidencia de la República, *Plan Nacional de Desarrollo, 1989-1994*, México, Secretaría de Programación y Presupuesto, 1989.
- "Presupuesto de egresos de la Federación para 1991", *El Mercado de Valores*, núm. 24, 15 de diciembre de 1990.
- Salinas de Gortari, Carlos, *Segundo informe de Gobierno, 1990*, México, Poder Ejecutivo Federal, Presidencia de la República, 1990.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público, "La cuenta pública federal de 1989", *El Mercado de Valores*, núm. 13, 1 de julio de 1990.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público, "Informe sobre la evolución de la economía y la deuda pública en el cuarto trimestre de 1990", *El Mercado de Valores*, núm. 5, 1 de marzo de 1991.

II. Libros y artículos

- Abel-Smith (1978), Bryan, "El financiamiento de los servicios de salud", *Poverty, Development and Health Policy*, Ginebra, WHO.
- Alagón, Javier *et al.* (s.f.), *Patrones de empleo médico en México. Una aplicación de análisis por conglomerados*, ITAM-INSP, (mimeografiado).
- Alcocer, Jorge (1987), "Economía mexicana: las lecciones pendientes", *Nexos*, núm. 161, mayo de 1991.
- Banco Mundial (1987), *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform. A World Bank Policy Study*, Washington, Banco Mundial.
- Bennett, Sara (1991), *The Mystique of Markets: Public and Private Health Care in Developing Countries*, Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Bensusán, Graciela (1991), "La reforma laboral: una asignatura pendiente", *Nexos*, núm. 163, Cuadernos de Nexos, núm. 37, julio.
- Córdoba, José (1991), "Diez lecciones de la reforma económica", *Nexos*, núm. 159, febrero.
- Cruz Rivero, Carlos (1989), *Equidad en el cobro por servicios médicos: el caso de las cuotas de recuperación en la Secretaría de Salud. Síntesis ejecutiva*, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Cruz Rivero, Carlos *et al.* (1990), *Consecuencias de la crisis económica y las políticas de ajuste sobre la salud de la población y la organización de los servicios de salud en México*, UNICEF.
- Frenk, Julio (1991), *Health Transition in Middle Income Countries*, Seminario sobre Racionalidad y Utilización Tecnológica para la Salud en México, México, CISP (mimeografiado).
- (1991), *Integración de la prestación de los servicios de salud*, México, INSP.
- Frenk, Julio y J.L. Bobadilla (1991), "Los futuros de la salud", *Nexos*, México.
- Frenk, Julio *et al.* (1991), *La transición epidemiológica en América Latina*, Bol of Sanit Panam.
- Fundación Mexicana para la Salud/Fundación Javier Barrios Sierra/Carnegie Corporation of New York (1988), *México: perfiles de la salud hacia el año 2010*.

- Giral, Carmen (1988), "Investigación y desarrollo de medicamentos en América Latina", *Memorias de la Primera Conferencia Latinoamericana sobre Políticas Farmacéuticas y Medicamentos Esenciales*, México, 10 al 14 de octubre.
- González Tiburcio, Enrique (1990), "La política social en transición", *Desigualdad Social y la Distribución del Ingreso en México*, México, Cuadernos del IEPES.
- Laurell, Asa Cristina (1991), *La política social en la crisis: una alternativa para el Sector Salud*, México, Fundación Friedrich Ebert, Documentos de Trabajo, núm. 27.
- Laurell, Asa Cristina y María Elena Ortega (1991), *Impacto del Tratado del Libre Comercio en el Sector Salud*, México, Fundación Friedrich Ebert, Documentos de Trabajo, núm. 36.
- Navarrete, Jorge (1990), "La experiencia económica mexicana: 1976-1987", *Revista de la CEPAL*, núm. 41, Santiago de Chile, Naciones Unidas.
- Naylor, C.D. (1988), "Private Medicine and the Privatization of Health Care in South Africa", *Social Science and Medicine*, vol. 27, núm. 11.
- Paul, S. (1988), *Emerging Issues of Privatization and the Public Sector*, World Bank.
- Rey Romay, Benito (1989), *México 1987: El país que perdimos*, 2a. ed., México, Siglo XXI Editores.
- Soberón Acevedo, Guillermo *et al.* (1985), *Hacia un Sistema Nacional de Salud*, México, Comisión de Salud y Seguridad Social/Coordinación de los Servicios de Salud/Universidad Nacional Autónoma de México.
- Soria, Víctor (1991), *Privatización y atención de la salud en México. Tendencias y estrategias*, Coloquio Internacional "Modelos Organizativos para América Latina. Lecciones y Desafíos", México, CIDE, 5 al 7 de junio.
- Tamayo, Jorge (1989), *Redimensionamiento de las empresas paraestatales*, Seminario Internacional sobre Redimensionamiento y Modernización de la Administración Pública en América Latina, México, INAP.
- Valdés, C. (1978), "Apuntes sobre el financiamiento de la salud en México", *Revista de Salud Pública de México*, vol. 30, núm. 6, noviembre-diciembre.
- Zedillo Ponce de León, Ernesto (1990), "El camino mexicano para la transformación", *Revista de la CEPAL*, núm. 41, Santiago de Chile, Naciones Unidas.

NOTAS

¹ En México no existen servicios totalmente gratuitos. Aun en los casos de la población marginada se cobra una contraprestación en trabajo para mejorar los servicios, las instalaciones o la sanidad.

² Este tipo de organizaciones, comunes en los Estados Unidos, concentran en un mismo organismo las funciones de seguro privado de salud y prestación de servicios. Se supone que una organización tal permitiría reducir la escalada de los costos del servicio, aunque la experiencia de este país no permite sostener en términos generales dicho supuesto.

³ Un tercer partícipe en la privatización es la industria de insumos médicos. Ésta no se incluye en el presente trabajo porque los agentes más dinámicos son los dos antes mencionados. El análisis en profundidad de ese tema demandaría un estudio propio.

⁴ En la medida que el excedente de operación incluye honorarios de médicos particulares, su monto sobrevalúa la rentabilidad del sector privado en sentido estricto.

⁵ Otros datos indicarían un mayor peso de los servicios privados. Así, la Encuesta Nacional de Salud de 1986 permitiría estimar que la medicina privada atiende a 36.7% de la demanda efectiva de servicios; esto quiere decir que muchas de las personas que están cubiertas por la seguridad social recurren a la medicina privada (Valdés, 1978).

⁶ Sin embargo hay que tener en cuenta que el modelo médico centrado en el hospital y en técnicas altamente elaboradas y farmacéuticas impulsa el crecimiento de la industria de insumos médicos (Laurell y Ortega, 1991). Los médicos son así inductores de demanda de técnicas modernas para

diagnosticar (estudios de laboratorio, aparatos complejos, etc.) y ciertos tipos de medicamentos. Sería necesario una investigación en profundidad sobre la industria de insumos médicos y su vinculación con los servicios de salud en México.

⁷ Para un punto de vista alternativo, véase Córdoba (1991).

⁸ Estos indicadores de empleo y desempleo fueron elaborados por el INEGI para 1987-1990, con base en la Encuesta Nacional de Empleo Urbano.

⁹ Asimismo, en 1988 el gasto presupuestal programable se redujo en 0.9% del producto, rebasando la meta propuesta de reducirlo en 0.7 puntos porcentuales. De esa manera, este tipo de gasto se situó en 17.9% del PIB, su proporción más baja de los últimos 17 años.

¹⁰ Es necesario tener en cuenta que, con este aumento, el gasto sólo recupera el nivel que tenía en 1981-1982.

¹¹ Cifras preliminares del *Censo General de Población y Vivienda*, 1990.

CUADRO 1. *Seguros de accidentes y enfermedades. Pólizas, Primas, Siniestros y Excedentes, 1979-1989*
(miles de pesos de 1978)

Año	Número empresas	Número pólizas	Primas emitidas	Siniestros *	Excedente **
1979	33	209 886	564 750	216 738	223 764
1980	33	289 665	623 584	245 332	278 875
1981	33	312 229	687 071	318 621	263 086
1982	32	418 633	620 295	332 260	202 101
1983	32	290 346	564 347	284 514	203 713
1984	32	360 632	705 171	308 533	353 981
1985	33	265 363	664 408	410 961	201 430
1986	31	242 374	761 822	540 503	167 697
1987	29	328 134	969 321	769 399	161 703
1988	29	388 552	1 469 380	1 231 567	207 477
1989	n.d.	533 000	n.d.	n.d.	n.d.

FUENTES: Laurell y Ortega (1991); y Soria (1991).

* Siniestros netos a cargo de instituciones mexicanas.

** Excedente antes de gastos de administración y ventas.

CUADRO 2. *Indicadores macrosociales (1970 = 100)*

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Salario mínimo (variación real %)	-9.0	-17.4	-5.6	-1.7	-8.7	-6.6	-11.6	-5.4
PIB (variación real %)	-0.6	-4.2	3.6	2.6	-3.8	1.5	1.1	2.9
PIB per cápita (%)	-3.0	-6.5	1.2	0.2	-6.0	-0.8	-1.1	0.8
Inflación (diciembre-diciembre %)	98.9	80.8	59.2	61.3	105.7	159.2	51.7	19.7

FUENTE: Elaborado con datos de la SPP, de la SHCP, Banco de México y CEPAL.

CUADRO 3. *Evolución de las finanzas públicas 1986-1991*
(porcentajes del PIB)

<i>Concepto</i>	1986	1987	1988	1989 ^a	1990 ^b	1991 ^c	
Déficit financiero	15.9	16.0	11.7	5.6	4.3	1.3	1.9
Intermediación financiera	1.1	1.0	1.6	0.6	1.0	1.0	1.0
Déficit operacional	2.4	1.8	3.5	1.6	-2.3	-5.3	-1.8
Superávit económico primario	1.6	4.7	8.1	8.3	7.5	10.5	6.9
Ingresos presupuestales	27.2	28.4	28.1	27.5	28.1	31.1	27.7
Ingresos no petroleros del Gobierno Federal	9.1	9.5	10.9	12.0	12.3	15.3	12.4
Ingresos brutos Pemex	10.9	11.7	9.9	8.9	9.2	9.2	9.0
Ventas externas	4.9	6.0	3.6	3.6	3.8	3.8	3.8
Ventas internas	6.0	5.7	6.3	5.3	5.4	5.4	5.2
Participaciones y estímulos	2.6	2.7	3.1	2.9	3.1	3.1	3.3
Adefas pagadas	0.6	0.3	0.2	0.4	0.4	0.4	0.5
Gasto programable devengado	20.8	19.5	18.2	17.0	18.3	18.3	18.2
Corriente	12.9	12.3	11.9	11.2	11.4	11.4	11.2
Inversión	4.8	4.5	3.7	3.2	4.2	4.2	4.4
Transferencias a no controladas	2.6	2.3	2.2	2.2	2.4	2.4	2.3
Operaciones ajenas	0.6	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3

FUENTE: *El Mercado de Valores*, núm. 1, 1 de enero de 1991.

^a Estimación de cierre excluyendo el efecto de la reducción negociada de la deuda externa.

^b Estimación de cierre incluyendo el efecto de la reducción de la deuda externa.

^c Proyección.

NOTA: Los porcentajes del PIB pueden no sumar a causa del redondeo. Para 1991 se excluyen los ingresos esperados por venta de paraestatales.

CUADRO 3a. *Evolución de la oferta y la demanda agregada 1986-1991*^a

<i>Concepto</i>	<i>1986</i>	<i>1987</i>	<i>1988</i>	<i>1989</i>	<i>1990</i> ^b	<i>1991</i> ^c
Oferta total	-4.4	1.9	3.8	4.5	3.9-4.3	3.0-3.5
PIB	-3.8	1.7	1.4	3.1	2.5-3.0	2.5-3.0
Importaciones	-12.4	5.0	37.6	19.0	17.6-18.0	6.3-6.8
Demanda total	-4.4	1.9	3.8	4.5	3.9-4.3	3.0-3.5
Consumo	-2.2	-0.5	1.7	4.7	2.7-3.1	2.1-2.5
Inversión	-11.8	-0.1	5.8	6.5	7.6-7.9	4.0-4.5
Exportaciones	5.3	10.7	5.0	3.0	5.6-6.0	5.5-6.0

FUENTE: *El Mercado de Valores*, núm. 1, 1 de enero 1 de 1991.

^a Cifras correspondientes al sistema de cuentas nacionales de México.

^b Estimación.

^c Proyección.

NOTA: A diferencia de los demás cuadros, en que los crecimientos reales de los valores nominales se calculan en proporción al deflactor del PIB, en las cuentas nacionales cada componente de la demanda y la oferta tiene un índice de precios específicos, que por lo general difiere del deflactor del PIB.

CUADRO 4. Producto interno del sector público por niveles institucionales, 1980-1989
(millones de pesos, a precios de 1980)

<i>Concepto</i>	<i>1980</i>	<i>1981</i>	<i>1982</i>	<i>1983</i>	<i>1984</i>	<i>1985</i>	<i>1986</i>	<i>1987</i>	<i>1988</i>	<i>1989*</i>
Total	827 338	942 332	1 063 571	1 142 910	1 189 775	1 182 589	1 159 938	1 184 121	1 174 890	1 188 003
Gobierno General	352 763	384 604	409 170	434 156	458 730	457 996	470 381	471 118	476 469	484 877
Gobierno Central	229 923	248 170	258 376	272 379	287 865	281 064	288 000	288 829	287 780	289 507
Gobierno Local	62 468	68 553	75 035	82 128	89 396	94 211	96 301	93 364	94 784	96 296
Seguridad Social	60 372	67 881	75 759	79 649	81 469	82 721	86 079	88 925	93 905	99 164
Empresas Públicas	474 575	557 728	654 401	708 754	731 945	724 593	689 558	713 003	698 421	703 126
De control directo	360 680	426 257	501 299	518 271	545 213	551 578	521 954	546 530	533 019	538 882
De control indirecto	113 895	131 471	153 102	190 483	185 832	173 015	167 604	166 473	165 402	164 244
No financieras	100 354	115 593	116 906	110 827	99 479	86 183	79 769	77 618	74 326	71 724
Financieras ¹	13 541	15 878	36 196	79 656	86 353	86 832	87 835	88 855	91 076	92 520
Participación del sector público en el total del producto interno bruto (%)	18.5	19.4	22.0	24.7	24.8	24.0	24.5	24.6	24.1	23.6

FUENTE: INEGI, Sistema de cuentas nacionales de México, cuentas de producción del sector público.

¹ A partir de septiembre de 1982, se incluye la Banca nacionalizada.

* Cifras estimadas.

CUADRO 5. *Ingresos presupuestales del sector público*
(porcentaje del PIB)

	1987	1988	1989	1990 ^P
Ingresos totales	28.6	28.7	28.1	27.0
Petroleros	11.9	9.8	9.0	8.1
No petroleros	16.8	19.0	19.1	18.9
Gobierno Federal	9.6	11.7	12.5	12.4
Empresas paraestatales	7.2	7.3	6.6	6.5

FUENTE: Elaborado por el CEESP, con datos de la SPP.

NOTA: ^P Presupuestado.

FECHA: 19 de enero de 1990.

CUADRO 6. *Personal ocupado en el sector público por niveles institucionales, 1980-1989*
(número de ocupaciones remuneradas, promedio anual)

Concepto	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989*
Total	3 151 928	3 456 982	3 668 618	3 943 474	4 186 550	4 292 408	4 344 392	4 377 739	4 365 351	4 378 636
Gobierno General	2 428 768	2 651 284	2 783 398	2 943 305	3 144 515	3 235 303	3 316 390	3 346 450	3 348 416	3 367 506
Gobierno Central	1 810 213	1 967 939	2 032 914	2 138 265	2 284 541	2 326 321	2 380 193	2 412 219	2 400 159	2 409 760
Gobierno Local	419 936	459 627	501 185	543 167	592 818	629 911	645 638	633 424	632 053	625 359
Seguridad Social	198 619	223 718	249 299	261 873	267 156	279 071	290 559	300 807	316 204	332 387
Empresas Públicas	723 160	805 698	885 220	1 000 169	1 042 035	1 057 105	1 028 002	1 031 289	1 016 935	1 011 130
De control directo	324 509	349 901	367 252	388 409	447 633	468 210	503 439	503 956	496 069	492 348
De control indirecto	398 651	455 797	517 968	611 760	594 402	588 895	524 563	527 333	520 866	518 783
No financieras	345 339	394 116	405 756	387 138	358 309	359 060	305 102	301 217	292 940	286 973
Financieras ¹	53 312	61 681	112 212	224 622	236 093	229 835	219 461	226 116	227 926	231 818
Participación del sector público en el total del personal ocupado	15.5	16.0	17.1	18.8	19.5	19.5	20.1	20.0	19.9	n.d.

FUENTE: INEGI, Sistema de cuentas nacionales de México, cuentas de producción del sector público.

¹ A partir de septiembre de 1982, se incluye la Banca Nacionalizada.

* Cifras estimadas.

n.d. No disponible.

NOTA: Los datos de este cuadro no señalan, en sentido estricto, el número de personas ocupadas en cada actividad; sino el número promedio de puestos remunerados que se estiman fueron requeridos para la producción. En consecuencia, una misma persona puede ocupar dos o más puestos dentro de una o varias actividades económicas, tal es el caso del personal del magisterio. Asimismo, los incrementos en el número promedio de ocupaciones no representan necesariamente un aumento neto en plazas, sino la regulación del personal contratado por horarios.

CUADRO 7. *Impacto de las desincorporaciones en el empleo de las empresas públicas**

	<i>Personal ocupado en 1983</i>	<i>Personal ocupado en entidades desincorporadas</i>					
		<i>Venta</i>	<i>%</i>	<i>Liquidación</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Empresas Públicas	1 000 169	43 140	4.3	25 718	2.6	68 858	6.9
Sin Pemex	895 390	43 140	4.8	25 718	2.9	68 858	7.7
Sin Pemex y sin sector financiero	670 467	43 140	6.4	25 718	3.8	68 858	10.2

FUENTE: Secretaría de la Contraloría General de la Federación.

* Sólo se consideran las ventas o liquidaciones de entidades que integran el universo de las cuentas de producción del sector público, INEGI, SPP.

CUADRO 8. *Impacto de las desincorporaciones en el empleo del sector paraestatal*

	Universo considerado ¹	Personal ocupado en 1983	Personal ocupado en entidades desincorporadas					
			Venta ²	%	Liquidación	%	Total	%
<i>Entidades paraestatales</i>	431	1 133 400	80 041	7.1	35 132	3.1	115 173	10.2
— Sin Pemex	430	1 028 621	80 041	7.8	35 132	3.4	115 173	11.2
— Sin Pemex y sin sector financiero	377	803 999	80 041	10.0	35 132	4.4	115 173	14.4

FUENTE: Secretaría de la Contraloría General de la Federación.

¹ Sólo se consideran las entidades de las que se dispuso información sobre el empleo. Excluye seguridad social.

² Sólo se consideran 136 procesos de venta y 35 de liquidación para los que se dispuso de información sobre el empleo.

CUADRO 9. *Número de empresas paraestatales*

1930	1940	1950	1960	1970	1976	1982	1989	1990
12	57	158	259	491	845	1 169	746	288*

FUENTE: Elaborado por el CEESP con base en información propia y Presidencia de la República.

* Número de empresas en caso de cumplirse todo el proceso.

FECHA: 13 de julio de 1990.

CUADRO 10. *Redimensionamiento del sector público paraestatal 1988-1990*

Concepto	1988 ¹	1982 ²	1990 ³
Universo de entidades	618	549	418
Proceso de desincorporación concluida	—	76	139
Liquidación y extinción	—	33	57
Fusión	—	3	7
Transferencia a gobiernos estatales	—	3	1
Venta	—	29	8
LFEP ³	—	8	13
Creación de nuevas entidades ⁴	—	7	8
Desincorporaciones en proceso	204	170	138
Liquidación y extinción	117	103	76
Fusión	10	10	5
Transferencia a gobiernos estatales	5	3	3
Venta	72	54	54
Entidades vigentes	414	379	280

FUENTE: SPP, DGSC y CIGF.

¹ Cifras al 10 de diciembre.

² Cifras al 31 de diciembre.

³ Se refiere a las entidades que dejaron de considerarse como tales, atendiendo las disposiciones de la Ley Federal de las entidades paraestatales.

⁴ Incluye la reinstalación de cinco empresas en 1989.

⁵ Las diferencias con el cuadro 9 se deben a la diferencia de meses en que se tomó el dato y del mismo proceso de dinamismo y cambio.

CUADRO 11. *Gasto neto devengado del sector público presupuestario*
(miles de millones de pesos)

Año	<i>Gasto programable</i>										<i>Gasto no programable</i>		
	<i>Gobierno Federal</i>					<i>Organismos y Empresas</i>					<i>Participaciones a estados y municipios, y otros</i>	<i>Estímulos fiscales</i>	<i>Intereses, comisiones y gastos</i>
	<i>Gasto neto total¹</i>	<i>Gasto primario total²</i>	<i>Total¹</i>	<i>Total¹</i>	<i>Gasto de administración⁴</i>	<i>Grado de capital</i>	<i>Total¹</i>	<i>Gasto de operación⁵</i>	<i>Gasto de capital</i>	<i>Total¹</i>			
1970	85.7	78.2	72.4	28.7	15.5	13.2	43.7	34.1	9.6	13.3	1.0	4.8	7.5
1971	95.9	88.4	82.4	30.6	18.1	12.5	51.8	39.3	12.5	13.5	1.6	4.4	7.5
1972	122.2	112.6	105.7	46.6	23.9	22.7	59.1	44.8	14.3	16.5	1.7	5.2	9.6
1973	168.5	157.4	145.0	58.8	34.4	24.4	86.2	64.5	21.7	23.5	7.3	5.1	11.1
1974	231.6	214.6	195.6	73.3	38.2	35.1	122.3	90.0	32.3	36.0	10.9	8.1	17.0
1975	336.2	313.9	290.1	110.0	58.8	51.2	180.1	110.8	69.3	46.1	16.2	7.6	22.3
1976	397.0	362.0	335.7	142.7	83.8	58.9	193.0	128.2	64.8	61.3	19.4	6.9	35.0
1977	510.4	459.1	430.2	178.9	106.1	72.8	251.3	177.4	73.9	80.2	21.0	7.9	51.3
1978	669.5	602.0	565.4	225.8	132.4	93.4	339.6	219.4	120.2	104.1	28.7	7.9	67.5
1979	923.2	829.6	767.5	316.6	165.9	150.7	450.9	273.7	177.2	155.7	50.9	11.2	93.6
1980	1 412.9	1 267.3	1 159.8	503.3	297.4	205.9	656.5	389.2	267.3	253.1	97.0	10.5	145.6
1981	2 274.6	1 981.6	1 803.4	788.3	455.2	333.1	1 015.1	605.3	409.8	471.2	170.0	8.2	293.0
1982	4 271.2	2 894.5	2 643.5	1 160.4	768.0	392.4	1 483.1	934.6	548.5	1 627.7	226.3	24.7	1 376.7
1983	7 254.2	4 831.9	4 246.1	1 673.6	1 068.5	605.1	2 572.5	1 838.0	734.5	3 008.1	561.9	23.9	2 422.3
1984	11 503.5	8 064.1	7 141.3	2 727.4	1 805.1	922.3	4 413.9	3 180.7	1 233.2	4 362.2	896.4	26.4	3 439.4

CUADRO 11. *Conclusión*

Año	Gasto programable										Gasto no programable		
	Gobierno Federal					Organismos y Empresas					Participaciones a estados y municipios, y otros	Estímulos fiscales	Intereses, comisiones y gastos
	Gasto neto total ¹	Gasto primario total ²	Total ¹	Total ¹	Gasto de administración ⁴	Grado de capital	Total ¹	Gasto de operación ⁵	Gasto de capital	Total ¹			
1985	17 719.1	11 940.0	10 572.5	4 299.4	2 997.1	1 302.3	6 273.1	4 751.8	1 521.3	7 146.6	1 336.3	31.2	5 779.1
1986	33 014.9	19 276.6	17 196.8	6 420.0	4 580.6	1 839.4	10 776.8	8 191.1	2 585.7	15 818.1	2 005.8	74.0	13 738.3
1987	84 459.1	44 436.4	39 222.7	14 484.3	10 463.7	4 020.6	24 738.4	18 849.4	5 889.0	45 236.4	5 018.9	194.8	40 022.7
1988	157 835.1	86 379.5	74 221.8	26 765.5	20 961.2	5 804.3	47 456.3	36 445.5	11 010.8	83 613.3	12 062.3	95.4	71 455.6
1989	173 148.7	102 914.2	88 273.2	34 446.4	27 125.2	7 321.2	53 826.8	42 572.0	11 254.8	84 875.5	14 553.8	88.0	70 234.5

¹ La suma de los parciales puede no coincidir con el total a causa del redondeo de las cifras.

² La suma de los parciales puede no coincidir con el total como resultado del redondeo de las cifras. Corresponde al gasto neto total menos los intereses, comisiones y gastos de la deuda.

³ No incluye apoyos a organismos y empresas en presupuesto, que para efectos de consolidación se consideran en el gasto de éstos.

⁴ Incluye apoyos a organismos y entidades fuera de presupuesto.

⁵ Incluye erogaciones por cuenta de terceros.

CUADRO 11a. Gasto neto devengado del Gobierno Federal por clasificación administrativa

Año	Poder legislativo y poder judicial				Poder Ejecutivo										
	Total ¹	Total ¹	Poder Ejecutivo	Poder Judicial	Total ²	Presidencia de la República	Gobernación	Relaciones Exteriores	Hacienda y Crédito Público	Defensa Nacional	Agricultura y Recursos Hídricos	Comunicaciones y Transportes	Comercio y Fomento Industrial	Educación Pública	Salud
1970	46.0	0.2	0.1	0.1	35.5	0.4	0.2	0.3	1.4	1.7	2.6	1.6	0.2	7.8	1.6
1971	48.6	0.2	0.1	0.1	37.6	0.3	0.1	0.3	1.4	1.8	2.9	1.8	0.2	9.4	1.7
1972	69.3	0.2	0.1	0.1	56.8	0.2	0.2	0.4	2.3	2.2	4.7	2.1	0.3	11.8	2.5
1973	93.1	0.3	0.2	0.1	73.8	0.3	0.3	0.5	2.5	2.7	6.9	2.2	0.4	15.1	3.2
1974	125.9	0.4	0.2	0.2	95.6	0.4	0.4	0.5	3.3	3.5	8.4	2.7	0.6	20.8	3.9
1975	186.8	0.4	0.2	0.2	148.9	0.8	0.6	0.6	5.0	4.7	12.6	4.0	0.8	31.1	5.1
1976	219.2	0.7	0.5	0.2	171.2	1.2	1.0	0.8	5.3	5.9	16.8	5.5	1.1	42.5	6.2
1977	283.3	0.7	0.2	0.5	219.9	0.7	1.1	1.3	6.5	7.5	20.0	8.3	0.8	61.8	9.5
1978	359.9	0.9	0.3	0.6	277.8	0.7	1.9	1.9	8.1	8.7	27.1	10.2	1.4	77.6	12.5
1979	507.1	1.1	0.3	0.8	387.2	1.1	2.9	2.3	10.8	10.7	37.2	15.7	2.0	103.0	16.0
1980	816.5	1.9	0.7	1.2	628.7	4.9	5.0	2.6	68.3	12.6	91.1	40.0	41.2	140.0	19.6
1981	1 309.6	2.9	1.1	1.8	978.5	7.0	8.7	3.5	102.7	23.4	132.1	65.8	63.3	220.5	28.5
1982	2 870.9	4.0	1.4	2.6	1 504.7	12.6	10.1	6.7	126.7	34.8	174.0	106.7	96.5	366.6	45.3
1983	4 684.3	8.8	3.5	5.3	2 373.4	4.7	12.3	14.0	257.3	67.0	218.8	232.1	155.4	486.9	60.6
1984	7 037.3	17.8	6.7	11.1	3 762.3	8.7	31.0	20.3	288.4	137.1	339.5	404.7	395.7	826.7	102.6

CUADRO 11a. *Conclusión*

Año	Poder legislativo y poder judicial				Poder Ejecutivo										
	Total ¹	Total ¹	Poder Ejecutivo	Poder Judicial	Total ²	Presidencia de la República	Gobernación	Relaciones Exteriores	Hacienda y Crédito Público	Defensa Nacional	Agricultura y Recursos Hídricos	Comunicaciones y Transportes	Comercio y Fomento Industrial	Educación Pública	Salud
1985	11 684.0	29.8	10.3	19.5	5 832.4	10.5	42.2	30.6	408.3	221.5	497.0	576.6	521.8	1 332.0	169.6
1986	22 726.6	52.2	17.7	34.5	8 816.4	21.9	49.9	62.9	663.4	353.8	728.2	836.5	781.3	2 112.7	308.8
1987	60 517.3	149.3	46.4	102.9	19 005.1	57.5	134.8	161.4	1 095.3	779.4	1 476.6	1 973.1	1 455.1	5 034.3	737.4
1988	110 807.2	332.0	92.1	239.9	33 220.1	123.9	314.0	260.8	1 988.0	1 476.3	2 173.6	2 354.9	2 216.3	10 120.1	1 527.8
1989	121 048.2	439.7	158.9	280.8	43 086.2	132.4	428.5	368.3	2 406.3	1 963.8	3 351.2	2 580.5	4 275.6	12 998.2	1 884.7

FUENTE: Cuenta de la Hacienda Pública Federal.

¹ La suma de los parciales puede no coincidir con el total a causa del redondeo de las cifras.

² La suma de los parciales puede no coincidir con el total como resultado del redondeo de las cifras. Incluye 33.6 y 2.2 miles de millones de pesos ejercidos en el ramo reconstrucción y descentralización, durante los años 1986 y 1987, respectivamente.

³ Incluye 0.3, 0.6 y 0.7 miles de millones de pesos ejercidos en la Secretaría de la Presidencia durante los años de 1974, 1975 y 1976, respectivamente.

CUADRO 12. *Gasto del sector público, 1977-1989*

<i>Concepto</i>	<i>1977</i>	<i>1978</i>	<i>1979</i>	<i>1980</i>	<i>1981</i>
Gasto Público ¹	554.1	732.9	1 002.3	1 471.1	2 404.6
Gasto Presupuestal	518.7	685.8	933.1	1 389.9	2 273.9
Gasto corriente	394.5	506.4	669.5	1 013.0	1 576.8
Salarios	140.5	172.1	219.4	294.5	420.6
Gobierno Federal	76.1	92.9	119.6	158.5	225.0
Organismos y empresas	64.4	79.2	99.8	136.0	195.6
Intereses	51.8	67.7	94.4	144.8	286.8
Gobierno Federal	34.3	44.8	57.4	77.0	174.0
Organismos y empresas	17.5	22.9	37.0	67.8	112.8
Transferencias corrientes netas	60.0	77.1	105.6	184.1	182.4
Total	77.4	98.0	133.9	225.4	288.8
Al Sector Público (—)	17.4	20.9	28.3	41.3	106.4
Participaciones	26.7	35.3	49.2	102.1	152.9
Pagos por pérdida cambiaria	0	0	0	0	0
Adquisiciones	67.5	86.1	102.2	146.2	250.3
Gobierno Federal	1.6	2.6	3.1	4.1	10.0
Organismos y Empresas	65.9	83.5	99.1	142.1	240.3
Otros gastos	48.1	68.3	98.6	141.3	283.8
Gobierno Federal	3.4	5.4	19.8	47.8	103.7
Organismos y Empresas	44.7	62.9	78.8	93.5	180.1
Gasto de capital	124.2	179.4	263.6	376.9	697.1
Gobierno Federal ²	57.0	68.8	99.8	137.3	312.5
Organismos y empresas	67.2	110.6	163.8	239.6	384.6
Créditos BID-BIRF	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Gastos extrapresupuestales (4 grandes) ³	35.4	47.1	69.2	81.2	130.7
Gasto corriente	27.6	34.1	47.3	54.1	72.6
Salarios	11.3	14.0	16.7	19.3	25.1
Intereses	4.6	6.0	9.5	12.7	18.1
Adquisiciones	4.8	7.5	10.0	13.9	22.3
Otros gastos	6.9	6.6	11.1	8.2	7.1
Gasto de capital	16.0	23.8	36.0	52.3	92.2
(Menos: participaciones)	8.2	10.8	14.1	25.2	34.1

CUADRO 12 *conclusión*

1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
4 628.5	7 244.7	11 437.8	18 303.8	34 931.0	86 527.8	157 203.8	175 845.0
4 098.3	6 976.3	11 111.8	17 749.0	33 916.6	84 449.5	151 936.2	168 533.7
3 227.1	5 841.4	9 436.8	15 328.9	29 947.0	75 094.4	137 613.7	152 984.5
739.7	1 105.3	1 813.1	2 956.8	4 832.3	11 570.6	21 089.4	27 035.5
399.2	579.9	998.6	1 548.5	2 489.7	6 310.3	11 113.1	14 911.7
340.5	525.4	814.5	1 408.3	2 342.6	5 260.3	9 976.3	12 123.8
784.7	2 154.9	3 451.8	5 343.2	12 974.1	37 868.9	65 341.6	63 692.7
519.2	1 525.0	2 361.0	4 006.2	10 753.1	33 957.0	59 322.7	56 886.5
265.5	629.9	1 090.8	1 337.0	2 221.0	3 911.9	6 018.9	6 806.2
292.1	518.0	570.9	1 116.7	2 031.8	4 326.0	8 146.0	936.2
503.8	997.0	1 318.9	2 141.9	3 290.0	6 370.0	11 064.6	12 699.0
211.7	479.0	748.0	1 025.2	1 258.2	2 044.0	2 918.6	3 337.0
218.2	499.3	842.9	1 275.4	2 042.4	5 133.4	11 132.1	14 938.8
372.0	110.3	206.3	211.1	415.2	505.8	1 596.5	2 377.2
347.4	785.3	1 374.2	2 419.8	4 187.9	8 507.6	16 682.0	17 039.5
17.7	31.0	67.3	122.8	210.8	470.3	853.4	969.3
329.7	754.3	1 306.9	2 297.0	3 977.1	8 037.3	15 828.6	16 070.2
473.1	668.4	1 177.6	2 005.9	3 463.4	7 182.1	13 625.5	18 538.8
197.1	216.1	359.4	473.8	996.0	1 493.9	3 243.3	5 110.7
276.0	452.3	818.2	1 532.1	2 467.4	5 688.2	10 382.2	13 428.1
871.2	1 134.9	1 675.0	2 420.1	3 652.5	9 355.1	14 323.1	15 609.2
365.8	494.9	696.4	1 051.1	1 465.2	4 087.0	4 446.7	5 474.6
505.4	640.0	978.6	1 369.0	2 187.3	5 268.1	9 876.4	10 134.6
0.0	0.0	0.0	0.0	317.1	0.0	0.0	0.0
	268.4	326.0					
170.2			554.4	1 014.3	2 078.3	5 267.6	7 251.3
95.5	186.6	216.5	373.0	586.5	1 554.0	4 557.8	6 617.5
46.3	89.9	102.8	184.5	293.9	807.7	2 571.1	3 076.6
24.0	57.0	57.4	99.5	123.0	327.5	803.7	617.6
21.3	37.8	26.3	33.3	57.8	156.7	474.0	485.5
3.9	1.9	30.0	55.7	111.8	262.1	709.0	2 437.8
124.7	203.2	309.8	447.2	804.1	1 374.3	2 977.4	3 602.9
50.0	121.4	200.3	265.8	376.3	850.0	2 267.6	2 969.1

FUENTE: SHCP, Dirección General de Planeación Hacendaria. Estadísticas de Finanzas Públicas.

^P Cifras preliminares.

¹ No incluye chiquillería.

² En 1986, se incluyen 317.1 miles de millones de pesos, BID-BIRF.

³ Incluye Telmex, Metro, DDF y AHMSA; esta última pasa al sector paraestatal controlado en 1984.

CUADRO 13. *Evolución del gasto corriente del sector público al primer semestre*
(miles de millones de pesos)

	<i>Enero-junio</i>		<i>Crecimiento</i>	
	<i>1989</i>	<i>1990</i>	<i>Nominal</i>	<i>Real¹</i>
Gasto corriente	25 188.2	32 860.6	30.5	10.1
Gobierno Federal	7 775.3	9 963.1	28.1	4.6
Sector paraestatal	17 412.9	22 897.5	31.5	12.5
Salarios	11 683.3	14 880.2	27.4	2.5
Gobierno Federal	6 503.2	8 335.9	28.2	3.1
Sector paraestatal	5 180.1	6 544.3	26.3	1.6
Otros gastos corrientes	13 504.9	17 980.4	33.1	16.7
Gobierno Federal	1 272.1	1 627.2	27.9	12.1
Sector paraestatal	12 232.8	16 353.2	33.7	17.2

FUENTE: Elaborado por el CEESP con datos de la SHCP.

¹ Eliminando el efecto de la inflación.

FECHA: 28 de agosto de 1990.

CUADRO 14. *Gasto programable devengado*

<i>Concepto</i>	<i>Porcentajes del PIB</i>			<i>Crecimiento real</i>		
	<i>1986</i>	<i>1988^a</i>	<i>1991^b</i>	<i>89/88</i>	<i>90/89</i>	<i>91/90</i>
Total	17.0	18.3	18.2	-3.6	10.4	2.3
Gobierno Federal	6.7	7.5	8.2	1.9	15.0	11.5
Corriente	3.3	3.4	3.8	0.7	6.1	15.0
Servicios personales	2.6	2.7	3.0	0.9	5.9	14.2
Otros	0.7	0.8	0.9	0.2	6.7	17.9
Inversión	1.2	1.7	2.0	4.8	42.0	20.2
Transferencias a no controladas	2.2	2.4	2.3	2.1	13.2	0.1
Organismos y empresas	10.3	10.8	10.0	-6.9	7.4	-4.1
Corriente	7.9	8.0	7.4	-4.0	3.8	-4.9
Servicios personales	2.3	2.4	2.4	-3.5	4.6	5.0
Otros	5.5	5.6	4.9	-4.3	3.5	-9.1
Inversión	2.0	2.4	2.4	-18.1	25.2	-0.5
Operaciones ajenas	0.4	0.3	0.3	2.1	-9.9	-13.4

^a Estimación sujeta a revisión.^b Proyección.

CUADRO 15. *Ingresos presupuestales*

<i>Concepto</i>	<i>Porcentajes del PIB</i>			<i>Crecimiento real</i>		
	<i>1989</i>	<i>1990^a</i>	<i>1991^b</i>	<i>88/89</i>	<i>90/89^c</i>	<i>91/90^d</i>
Total	27.5	28.1	27.7	-0.7	5.1	1.2
Petroleros	8.9	9.2	9.0	-6.8	5.8	0.0
Gobierno Federal	5.6	5.2	5.6	1.9	-4.4	9.9
Pemex	3.3	4.0	3.4	-18.4	22.8	-13.0
No petroleros	18.5	18.9	18.7	4.7	4.8	1.7
Gobierno Federal	12.0	12.3	12.4	14.2	4.7	4.2
Tributarios	9.8	10.4	10.6	11.8	8.7	4.7
ISR	5.1	5.3	5.5	11.2	6.6	8.3
IVA	2.8	3.1	3.2	6.6	15.0	4.3
IEPS	0.9	0.9	0.7	3.4	-3.8	-15.5
Importación	0.7	0.8	0.9	83.2	18.3	4.7
Otros	0.3	0.3	0.3	-3.2	-0.7	4.3
No tributarios	2.2	1.9	1.8	25.9	-13.3	1.2
Organismos y empresas	6.5	6.6	6.3	-9.2	5.1	-2.8

NOTA: En 1991 se excluyen los ingresos del grupo Sidermex y de Fovigro, los que representan cerca de 0.6 puntos porcentuales del PIB. Si estos se incluyeran, los ingresos presupuestales totales registrarían un incremento de 0.2 puntos porcentuales del PIB entre 1990 y 1991. En este cuadro los ingresos del Gobierno Federal excluyen los impuestos compensados por saldos a favor de los años anteriores.

^a Estimación sujeta a revisión.

^b Proyección.

^c No incluye el efecto de la reducción negociada a la deuda externa.

^d No incluye los posibles ingresos por la venta de paraestatales.

CUADRO 16. *Subempleo en el periodo 1987-1990 (%)*

<i>Concepto</i>	<i>1987</i>	<i>1988</i>	<i>1989</i>	<i>1990*</i>
Porcentaje de asalariados sin prestaciones laborales	19.8	19.8	20.8	20.9
Porcentaje de ocupados que ganan menos que el salario mínimo	33.0	24.2	20.7	17.7
Porcentaje de ocupados que ganan menos que el salario mínimo y trabajan más de 48 horas por semana	17.8	14.1	15.4	13.3

FUENTE: "Encuesta Nacional de Empleo Urbano", *El Mercado de Valores*, núm. 6, 15 de marzo de 1991.

*(ene.-sept.)

CUADRO 17. *Tasas de participación y desempleo abierto*

Año	General		Hombres		Mujeres	
	TP	TDA	TP	TDA	TP	TDA
1987	51.1	3.9	71.1	3.4	32.9	4.9
1988	51.6	3.6	71.7	3.0	33.4	4.7
1989	51.8	3.0	71.5	2.6	33.7	3.8
1990	51.6	2.8	71.7	2.6	33.4	3.1

* Enero-septiembre.

TP = Tasa de presión.

TDA = Tasa de desempleo abierto.

 CUADRO 17a. *Tasas de desempleo abierto por sexo*

Año	Hombres	Mujeres
1987	3.3	4.9
1988	3.0	4.7
1989	2.5	3.8
1990	2.5	3.1

 CUADRO 17b. *Tasas de desempleo abierto por grupo de edad*

12-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 y más
5.8	6.3	4.1	2.0	1.3	1.3	0.9	0.8	1.0	1.9	1.0	0.8

FUENTE: *El mercado de valores*, núm. 6, 15 de marzo de 1991.

 CUADRO 18. *Distribución de la población desocupada abierta según grado de instrucción*

Año	Sin instrucción	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria	Media superior
1987	2.2	7.2	19.5	45.4	25.7
1988	1.3	7.4	16.3	48.2	26.8
1989	0.9	7.4	18.1	46.0	27.6
1990*	1.8	7.9	18.6	43.6	28.1

FUENTE: *El mercado de valores*, núm. 6, 15 de marzo de 1991.

* Enero-septiembre.

CUADRO 19. *Indicadores de empleo y desempleo*
(16 áreas urbanas)

<i>Indicadores</i>	<i>1988^d</i>				<i>1989</i>				<i>1990</i>							
	<i>Trimestres</i>				<i>Trimestres</i>				<i>Trimestre</i>			<i>Trimestre</i>				
	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	<i>Enero</i>	<i>Febrero</i>	<i>Marzo</i>	<i>I</i>	<i>Abril^p</i>	<i>Mayo</i>	<i>Junio</i>	<i>II</i>
Población de 12 años y más ¹	73.8	74.1	74.1	74.3	74.5	74.5	74.8	74.7	75.1	74.7	74.8	74.5	75.1	74.4	74.0	74.8
Población económicamente activa ²	51.1	51.3	52.3	51.7	51.8	51.6	52.0	51.9	51.4	51.6	50.7	51.3	50.6	51.6	51.6	51.0
Población económicamente inactiva ²	48.9	48.7	47.7	48.3	48.2	48.4	48.0	48.1	48.6	48.4	49.3	48.7	49.4	48.4	48.4	49.0
Población económicamente activa masculina ³	71.1	71.4	72.6	71.6	71.7	71.5	71.4	71.5	70.9	72.0	70.4	71.0	70.9	71.4	71.4	71.0
Población económicamente activa femenina ⁴	33.0	33.1	33.9	33.6	33.4	33.3	34.2	33.9	33.9	33.0	32.9	33.2	32.2	33.4	33.6	33.0
Población ocupada ⁵	96.5	96.3	96.0	96.8	96.8	97.0	96.7	97.5	97.4	97.6	97.6	97.5	97.3	97.3	97.0	97.3
Inactivos disponibles ⁶	1.3	1.2	1.2	1.2	0.9	0.9	0.8	1.1	0.9	1.0	0.8	1.0	0.8	0.8	0.9	0.8
Inactivos no disponibles ⁶	98.7	98.8	98.8	98.8	99.1	99.1	99.1	99.2	98.9	99.0	99.2	99.0	99.2	99.2	99.1	99.2
Inactivos estudiantes ⁶	42.1	42.2	40.8	41.8	42.4	41.9	40.9	40.8	40.8	39.9	40.4	40.5	39.6	39.2	40.0	39.7
Inactivos en quehaceres domésticos ⁶	48.7	48.7	50.2	49.5	48.9	49.4	49.9	50.4	49.6	51.0	50.1	50.6	51.1	51.1	50.2	50.7
Inactivos pensionados y jubilados ⁶	3.5	3.6	3.8	3.6	3.5	3.7	3.9	3.7	4.1	3.9	4.1	3.8	4.5	4.5	4.3	4.4
Inactivos incapacitados ⁶	2.2	2.2	2.1	2.3	2.3	2.3	2.5	2.3	2.4	2.5	2.7	2.3	2.3	2.7	2.8	2.5
Otros inactivos ⁶	3.5	3.3	3.1	2.8	2.9	2.7	2.8	2.8	3.1	2.7	2.7	2.8	2.5	2.6	2.5	2.7
Población desocupada abierta con experiencia laboral (—)	75.2	75.6	68.2	73.3	80.1	79.3	73.6	73.4	74.1	78.3	81.0	77.1	77.7	80.2	81.7	81.0
Población desocupada abierta sin experiencia laboral ⁷	24.8	24.4	31.8	26.7	19.9	20.7	26.4	26.6	25.9	21.7	19.0	22.9	22.3	19.8	18.3	19.0

Ocupados que ganan menos de un salario mínimo y que trabajan más de 48 horas por semana ⁸	16.2	13.8	14.3	11.9	15.1	16.1	13.7	16.5	14.1	15.7	11.9	15.4	11.6	11.6	14.4	12.4
Asalariados sin prestaciones ⁹	18.2	20.4	19.9	20.8	20.3	20.7	21.5	20.8	19.6	19.3	20.0	20.1	19.7	19.3	20.9	19.7
Ocupados que trabajan en establecimientos de 1 a 5 personas ¹⁰	39.6	39.3	40.0	40.2	40.1	40.5	40.7	40.9	41.6	42.7	39.8	41.1	40.3	39.2	40.1	40.0

FUENTE: INEGI, "Avance de información económica, encuesta nacional de empleo urbano, agosto 1990", *El mercado de valores*, núm. 22, 15 de noviembre de 1990.

¹ Porcentaje con respecto a la población total.

² Porcentaje con respecto a la población de 12 años y más.

³ Porcentaje con respecto a la población masculina de 12 años y más.

⁴ Porcentaje con respecto a la población femenina de 12 años y más.

⁵ Porcentaje con respecto a la población económicamente activa (PEA).

⁶ Porcentaje con respecto a la población económicamente inactiva (PEI).

⁷ Porcentaje con respecto a la población desocupada abierta.

⁸ Porcentaje con respecto a la población que gana menos de un salario mínimo.

⁹ Porcentaje con respecto a la población asalariada.

¹⁰ Porcentaje con respecto a la población ocupada (incluye asalariados y no asalariados).

^d Cifras definitivas a partir de la fecha en que se indica. Se obtienen al depurar y expandir la información con base en los factores de expansión de cada área urbana considerada en la ENEU. Las variaciones porcentuales entre el dato preliminar y el definitivo son resultados de ambos procesos.

^p Cifras preliminares a partir de la fecha en que se indica. Son promedios ponderados con base en 1990, de la población de 12 años y más de las áreas metropolitanas consideradas en la ENEU.

CUADRO 20. Evolución del presupuesto de salud, México, 1980-1989

Año	SS		IMSS				ISSSTE			IMSS-Coplamar		
	Pesos 1980 ²		Pesos 1980 ²				Pesos 1980 ²			Pesos 1980 ²		
	Pesos corrientes ¹	Total ¹	Per cápita ²	Pesos corrientes ¹	Total ¹	Per cápita ²	Pesos corrientes ¹	Total ¹	Per cápita ³	Pesos corrientes ¹	Total ¹	Per cápita ³
1980	19.6	19.6	n.d.	47.3	47.3	1 960	11.0	11.0	2 251	1.71	1.7	692
1981	28.5	22.1	n.d.	67.8	52.7	1 957	16.2	12.6	2 360	4.5	3.5	1 648
1982	45.3	17.7	1 539	114.0	44.5	1 657	25.1	9.8	1 794	3.3	1.3	673
1983	60.7	13.1	1 050	186.2	40.2	1 343	35.1	7.6	1 343	11.5	2.5	1 117
1984	102.6	13.9	1 032	295.1	40.1	1 364	55.0	7.5	1 227	10.1	1.4	565
1985	169.6	14.1	912	429.1	35.6	1 130	101.2	8.4	1 301	22.7	1.9	685
1986	300.8	12.4	782	654.8	26.4	850	168.4	6.8	976	35.4	1.4	879
1987	737.4	11.5	604	1 631.7	25.4	739	393.5	6.1	832	60.3	0.9	588
1988	1 527.8	15.7	719	3 829.1	39.2	1 120	793.7	8.1	1 097	156.3	1.6	1 039
1989	1 829.0	17.0	755	4 307.0	40.0	1 095	851.0	7.9	925	148.3	1.4	941
Pérdida máxima			Pérdida máxima				Pérdida máxima			Pérdida máxima		
Periodo	47.9%	60.7%	Periodo	51.8%	62.2%	Periodo	51.6%	64.7%	Periodo	74.3%	65.7%	
Pérdida			Pérdida				Pérdida			Pérdida		
1981-1989	23.1%	50.1%	1981-1989	24.0%	44.0%	1981-1989	37.3%	60.8%	1981-1989	60.0%	42.9%	

FUENTE: Primer Informe de Gobierno 1989, México, Poder Ejecutivo Federal, 1989.

¹ Miles de millones.

² Deflactado con el IMPC.

³ Cobertura según Primer Informe de Gobierno 1989.

CUADRO 21. *Evolución del porcentaje del gasto público para servicio de la deuda, desarrollo social y salud, México 1980-1989*

Año	Desarrollo social (%)	Salud (%)
1980	17.3	4.7
1981	16.8	4.4
1982	14.8	3.8
1983	12.2	3.5
1984	12.4	3.5
1985	13.3	3.6
1986	10.9	2.9
1987	9.8	2.7
1988	9.7	2.9
1989	10.5	2.7

FUENTE: *Primer Informe de Gobierno*, México, Poder Ejecutivo Federal, 1989.

CUADRO 22. *Cobertura institucional*

Año	Cobertura anual ^a			Variación porcentual		
	SS ^b	IMSS	ISSSTE	SS	IMSS	ISSSTE
1976	40.09	16.89	3.92	65.83	27.73	6.44
1977	41.22	17.66	4.37	65.17	27.92	6.91
1978	40.80	19.79	5.00	62.21	30.17	7.62
1979	41.44	20.99	4.88	61.57	31.18	7.25
1980	36.54	24.13	4.99	55.66	36.75	7.59
1981	38.97	26.92	5.32	54.73	37.80	7.47
1982	41.57	26.89	5.47	56.24	36.37	7.40
1983	39.54	26.98	5.61	54.82	37.40	7.78
1984	40.32	29.39	6.08	53.20	38.78	8.02
1985	41.13	31.53	6.45	51.99	39.86	8.15
1986	41.94	31.06	6.96	52.45	38.85	8.70
1987	42.75	34.34	7.36	50.63	40.66	8.71
1988	43.20	35.87	7.67	49.80	41.35	8.85

FUENTE: Informe presidencial, 1988.

^a Cifras en millones de personas.

^b Población estimada a cubrir.

CUADRO 23. Médicos por institución, productividad médica y usuarios potenciales por médico

Año	Número de médicos				Consultas por médico			Médicos por usuario ^a		
	SS	IMSS	ISSSTE	Total	SS	IMSS	ISSSTE	SS	IMSS	ISSSTE
1976	12 774	20 128	5 527	38 429	1.26	2.43	2.03	3.19	11.92	14.10
1977	13 739	19 803	5 514	39 056	1.33	2.61	2.18	3.33	11.21	12.63
1978	11 427	21 132	6 358	38 917	2.20	2.68	1.97	2.80	10.68	12.73
1979	13 666	25 389	7 336	46 391	1.65	2.14	1.71	3.30	12.10	15.04
1980	19 720	25 445	7 686	52 851	0.69	2.22	1.64	5.40	10.55	15.42
1981	15 918	29 635	8 125	53 678	0.89	1.98	1.53	4.08	11.01	15.28
1982	10 396	24 054	9 015	43 465	1.68	2.49	1.43	2.50	8.95	16.49
1983	12 630	29 699	9 252	51 581	1.29	2.23	1.56	3.19	11.01	16.49
1984	15 428	23 325	10 488	49 241	1.09	3.06	1.42	3.83	7.94	17.25
1985	17 263	22 045	10 772	50 080	1.09	3.25	1.35	4.20	6.99	16.71
1986	18 453	23 922	11 559	53 934	1.27	2.99	1.46	4.40	7.70	16.61
1987	20 296	25 587	11 480	57 363	1.32	2.99	1.53	4.75	7.45	15.60
1988	20 498	26 604	11 620	58 722	1.43	2.85	1.69	4.75	7.42	15.14

FUENTE: Informes presidenciales, 1982, 1985 y 1988.

^a Médicos por cada 10 000 habitantes.

CUADRO 24. *Enfermeras por médico*

<i>Año</i>	<i>SS</i>	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>
1976	1.46	1.51	1.16
1977	1.47	1.63	1.21
1978	1.79	1.62	1.24
1979	1.53	1.54	1.68
1980	1.15	1.65	1.04
1981	1.16	1.50	1.10
1982	1.91	1.88	1.20
1983	1.64	1.60	1.18
1984	1.36	2.12	1.26
1985	1.78	2.37	1.26
1986	1.86	2.24	1.10
1987	1.86	2.17	1.20
1988	1.86	2.17	1.20

FUENTE: Informes presidenciales, 1982, 1985 y 1988.

CUADRO 25. Camas por institución, variación porcentual y productividad por camas

Año	Número de camas				Variación porcentual			Egresos por cama		
	SS	IMSS	ISSSTE	Total	SS	IMSS	ISSSTE	SS	IMSS	ISSSTE
1976	29 445	22 222	4 178	55 845	52.73	39.79	7.48	18.92	56.34	48.11
1977	30 062	23 231	4 276	57 569	52.22	40.35	7.43	18.89	58.03	50.28
1978	24 043	25 495	4 529	54 067	44.47	47.15	8.38	33.36	55.23	47.69
1979	24 704	26 671	4 721	56 096	44.04	47.55	8.42	26.96	55.34	47.45
1980	20 216	22 334	5 315	47 865	42.24	46.66	11.10	22.11	70.65	44.59
1981	12 655	23 123	5 257	41 035	30.84	56.35	12.81	35.32	71.36	47.18
1982	15 251	24 644	5 477	45 372	33.61	54.32	12.07	30.03	70.08	48.20
1983	11 768	31 268	5 615	48 651	24.19	64.27	11.54	54.21	54.05	50.93
1984	18 169	31 318	6 133	55 620	32.67	56.31	11.03	24.11	62.20	50.55
1985	17 296	26 828	6 135	50 259	34.41	53.38	12.21	28.33	70.60	48.90
1986	17 206	26 851	6 148	50 205	34.27	53.48	12.25	32.90	65.73	45.06
1987	44 350	26 657	6 198	77 205	57.44	34.53	8.03	14.88	67.19	49.21
1988	44 793	28 110	6 244	79 147	56.59	35.52	7.89	16.21	64.43	57.01

FUENTES: Informe presidencial, 1988.

Cuaderno de información oportuna, 1980 y 1982.

CUADRO 26. Consultorios por institución, número de consultas y presupuesto por consulta

Año	Número de consultorios				Número de consultas ^a				Presupuesto por consulta ^b			
	SS	IMSS	ISSSTE	Total	SS	IMSS	ISSSTE	Total	SS	IMSS	ISSSTE	Total
1976	—	7 231	2 032	9 263	16 078	48 860	11 193	76 131				
1977	—	7 374	2 099	9 473	18 269	51 602	11 994	81 865	969	1 558	352	2 879
1978	5 070	7 733	2 056	14 859	25 124	58 639	12 511	96 274	773	1 445	311	2 528
1979	8 228	6 276	1 788	16 292	22 614	54 303	12 522	89 439	930	1 684	384	2 997
1980	8 411	11 316	1 883	21 610	13 591	56 568	12 575	82 734	1 359	1 758	424	3 540
1981	8 427	13 053	1 941	23 493	14 140	58 764	12 439	85 343	1 562	1 899	507	3 968
1982	7 620	13 727	1 989	23 336	17 430	59 834	12 873	90 137	973	1 540	272	2 784
1983	8 182	13 715	1 635	23 532	16 355	66 263	14 393	97 011	721	1 333	174	2 028
1984	8 420	13 683	2 135	24 238	16 796	71 416	14 844	103 056	721	1 025	190	1 935
1985	9 905	9 862	2 197	21 964	18 888	71 687	14 575	105 150	716	1 077	174	1 967
1986	11 113	10 413	2 540	24 066	23 415	71 579	16 899	111 893	400	897	175	1 472
1987	12 224	10 638	2 875	25 737	26 748	76 391	17 572	120 711	429	743	158	1 330
1988	12 346	10 864	2 901	26 211	29 374	75 921	19 586	124 881	681	1 649	329	2 659

FUENTE: Informes presidenciales, 1985, 1988.

Cuaderno de información oportuna, 1980 y 1982.

^a Cifras en miles de pesos.

^b Pesos constantes de 1980.

CUADRO 27. Principales causas de mortalidad general (defunción)

Año	<i>Neumonías, influenza y otras infecciones respiratorias agudas</i>	<i>Enfermedades infecciosas intestinales</i>	<i>Accidentes, envenenamientos y violencias</i>	<i>Ciertas causas de morbilidad y mortalidad perinatal</i>	<i>Enfermedades del corazón, excepto fiebre reumática</i>	<i>Otras causas</i>
1980	41 083	37 117	67 366	26 399	48 856	213 644
1981	36 705	32 392	69 566	26 310	48 576	210 725
1982	30 855	31 462	68 224	25 480	45 956	211 268
1983	27 718	34 237	60 604	23 899	49 346	217 599
1984	27 349	29 374	60 903	23 398	49 841	219 685
1985	26 251	30 786	64 262	21 025	50 736	220 943
1986	21 475	29 558	63 044	19 320	49 605	217 077
1987	20 877	29 639	60 791	20 201	49 904	218 868

FUENTE: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

CUADRO 28. *Mortalidad infantil*¹ (defunción)

Año	Mortalidad infantil	Ciertas causas de morbilidad y mortalidad perinatal	Neumonías, influenza y otras infecciones respiratorias agudas	Enfermedades infecciosas intestinales	Bronquitis, enfisema y asma	Anomalías congénitas	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	Otras causas
1980	94 227	23 708	20 393	21 253	2 888	5 188	872	19 825
1981	87 356	23 413	18 557	18 598	2 686	5 266	930	17 908
1982	79 056	22 212	15 213	17 778	2 043	5 416	1 157	15 237
1983	78 545	21 934	14 058	18 654	1 815	5 427	1 192	15 465
1984	73 238	19 783	13 024	15 751	1 859	5 517	1 248	16 056
1985	66 639	21 025	11 577	14 542	1 462	5 134	1 308	11 591
1986	60 516	19 320	9 054	13 595	1 201	5 219	1 255	10 872
1987	61 347	20 201	9 045	13 364	1 194	5 592	1 786	10 105

FUENTE: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

¹ Corresponde a la población menor de un año.

CUADRO 29. *Financiamiento de la seguridad social. Variación porcentual*¹

<i>Año</i>	<i>Empleados</i>	<i>Patrones</i>	<i>Gobierno</i>
1978	26.78	41.73	31.49
1979	26.30	44.36	29.34
1980	25.68	50.77	23.55
1981	25.96	53.09	20.95
1982	27.44	53.11	19.45
1983	27.88	54.69	17.43
1984	27.64	52.50	19.86
1985	26.72	53.96	19.33
1986	25.14	54.64	20.22
1987	24.99	54.67	20.34
1988	23.42	56.94	19.65

FUENTE: Informes presidenciales 1981 y 1988.

¹ Pesos constantes de 1980.CUADRO 30. *Financiamiento del IMSS pesos constantes de 1980*^a

<i>Año</i>	<i>Pesos constantes de 1980</i>			<i>Variación porcentual</i>		
	<i>Empleados</i>	<i>Patrones</i>	<i>Gobierno</i>	<i>Empleados</i>	<i>Patrones</i>	<i>Gobierno</i>
1978	11 471	34 774	9 731	20.49	62.12	17.38
1979	14 380	44 834	10 368	20.67	64.43	14.90
1980	20 370	63 097	10 989	21.57	66.80	11.63
1981	29 231	90 982	12 308	22.06	68.65	9.29
1982	18 254	57 078	9 490	21.52	67.29	11.19
1983	14 892	46 415	8 115	21.45	66.86	11.69
1984	15 075	46 676	8 397	21.49	66.54	11.97
1985	15 740	49 277	8 592	21.38	66.94	11.67
1986	13 112	42 403	4 994	21.67	70.08	8.25
1987	11 541	38 774	3 034	21.63	72.68	5.69
1988	26 180	87 951	7 383	21.54	72.38	6.08

FUENTE: Informes presidenciales 1981 y 1988.

^a Cifras en millones de pesos.

CUADRO 31. *Financiamiento del ISSSTE*

<i>Año</i>	<i>Pesos constantes de 1980</i>		<i>Variación porcentual</i>	
	<i>Empleados</i>	<i>Gobierno</i>	<i>Empleados</i>	<i>Gobierno</i>
1977	9 986	16 642	37.50	62.50
1978	10 842	16 508	39.64	60.36
1979	12 197	19 286	38.74	61.26
1980	11 543	18 277	38.71	61.29
1981	15 252	23 591	39.27	60.73
1982	11 231	11 410	49.60	50.40
1983	8 767	6 667	56.77	43.23
1984	9 499	9 265	50.62	49.38
1985	8 660	9 058	48.88	51.12
1986	6 394	10 695	37.42	62.58
1987	6 180	11 392	35.17	64.83
1988	9 989	22 965	30.31	69.69

FUENTE: Informes presidenciales 1981 y 1988.

^a Cifras

ÍNDICE

Introducción	5
1. Marco conceptual	6
2. Contexto económico, político y social	13
3. El sector salud en México	24
4. Políticas para mejorar la interrelación entre los sectores público y privado	29
Reflexiones finales	35
Referencias bibliográficas	37