

Economía Moral Julio Boltvinik

A treinta años del estudio de Coplamar sobre necesidades esenciales/ III Innovadores análisis sobre satisfacción de la salud en estudio de Coplamar

En el volumen *Salud de la Serie Necesidades Esenciales en México* (Siglo XXI, 1982) de Coplamar, se afirma que la salud depende de la satisfacción de las necesidades esenciales, del acceso oportuno a los servicios de salud y del saneamiento del ambiente; que para satisfacer la salud es necesario modificar el proceso salud-enfermedad atenuando el *enfrentamiento diferencial de la población a los riesgos de enfermedad, incapacidad y muerte*. Para ello, establece tres condiciones: 1. Que toda la población disponga de agua potable y alcantarillado, vivienda y abrigo adecuados, un nivel mínimo de educación, de empleo digno y salario remunerador y de alimentación suficiente y balanceada. 2. Que los *servicios no personales de salud* (medidas de promoción de la salud y preventivos) tengan cobertura universal. 3. La *extensión universal de los servicios personales de salud*, priorizando los *preventivos* (inmunizaciones, exámenes periódicos, etc.). Rasgo central del umbral es que *los servicios personales deben contar con 3 niveles de atención: a) medicina general y familiar, b) especialidades y c) subespecialidades, enlazados con un sistema de referencias de pacientes*.

La definición operativa del *mínimo* en atención a la salud estableció que los hogares *que no contaran con el acceso a servicios personales (que cubrieran los tres niveles de atención) y/o que en su comunidad carecieran de los servicios no personales de salud, serían considerados con la necesidad de salud insatisfecha*. Con objeto de determinar la cobertura real de los servicios de salud (y contrastarla con la nominal que ya en 1981 el Gobierno anunciaba cercana al 100%), se calculó la *capacidad potencial de atención para proporcionar servicios de calidad estándar*¹ que tenían las instituciones públicas de salud en México con base en los recursos (materiales y humanos) con los que contaban, expresada en números de

¹ El procedimiento consiste en definir el número de personas que cada unidad de recurso puede atender de manera adecuada. Por ejemplo, con base en un análisis comparativo de indicadores internacionales de salud se determinó que un médico puede proporcionar servicios adecuados a 1,100 personas. Otros recursos que se incluyeron para el cálculo fueron enfermeras, camas, laboratorios, quirófanos y gabinetes de rayos-X.

personas que se podían atender con calidad. Encontramos que tales instituciones sólo tenían dicha capacidad para atender al 46.4% o al 42.4% de la población (descontando pérdidas por concentración geográfica e institucional) en 1978. Este ejercicio lo repliqué² en 1998 para el periodo 1980-1994 (véase Gráfica).

Otra innovación metodológica de esta investigación fue lo que se llamó *muertes evitables*: las que serían cero si las condiciones materiales de toda la población permitieran la satisfacción de sus necesidades esenciales y si esta población tuviera acceso a servicios personales y no personales de salud. El cálculo se realizó comparando las muertes observadas en el país en 1974, con las que resultarían si las tasas de mortalidad fuesen iguales a las de países que contaban con acceso a servicios de salud universales, habiendo encontrado que el 43% de las muertes ocurridas en México en 1974 eran evitables. Las situaciones más graves correspondían a los menores de 1 a 4 años (80% de muertes evitables), y el de menores de un año (63%). Araceli Damián (“Dejar morir”, *El Financiero*, 23 de agosto de 2004), calculó las muertes evitables para la población menor de un año de edad en México en el 2000, la cual resultó idéntica a la de 1974: 63%. Sus resultados confirman lo planteado en *Salud*: que las muertes evitables no son centralmente un problema de crecimiento económico, pues dos de los tres países cuyas mortalidades infantiles utilizó como referencia del cálculo (Costa Rica y Cuba) tienen PIB per cápita menores al de México.

Aunque ahora contamos con mucha más información sobre la salud de la población que la disponible en aquel entonces, sobre todo la derivada de las encuestas nacionales de salud y de nutrición, tal información no permite valorar la capacidad de cobertura por recursos. En algunos informes oficiales de la SSA (como *Salud, México 2001, Información para la rendición de cuentas, 2002*) se presentan indicadores de médicos y camas censables por cada mil habitantes, pero no se intenta una evaluación completa de la capacidad de cobertura por recursos como lo hizo Coplamar. En materia de mortalidad, el informe citado no

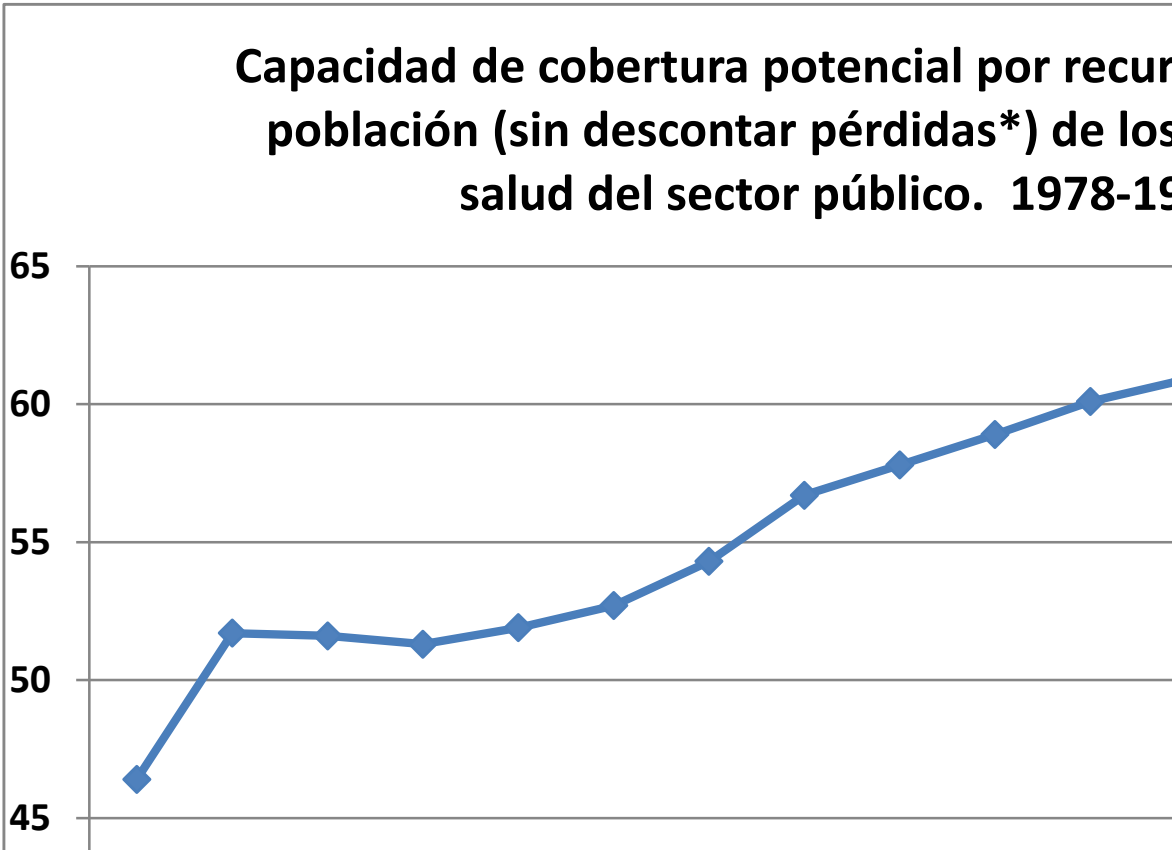
² Julio Boltvinik, “Condiciones de vida y niveles de ingreso en México, 1970-1995”, en José Antonio Ibañez (Coord.), *Deuda externa mexicana: ética, teoría, legislación e impacto social*, Plaza y Valdéz Editores, Universidad Iberoamericana, 1998, cuadro 13.1, p. 374.

intenta un análisis del excedente nacional de mortalidad al compararla con otros países. Así, salvo las actualizaciones citadas, de estos cálculos novedosos, no parece haber habido avances en la materia, lo que podría negar una revisión cabal de la enorme bibliografía que se ha generado desde entonces.

El indicador de acceso a los servicios de salud fue incluido en la LGDS como obligatorio para la medición de la pobreza, al igual que el de seguridad social. *Seguridad social es claramente una grave omisión del estudio de Coplamar.* Si bien en *Salud* se incluye la cobertura nominal de las instituciones de seguridad social, temas como pensiones y cobertura del ingreso ante riesgos como enfermedad, invalidez, viudez y orfandad, no fueron analizados. En el MMIP se incluyen la salud y la seguridad social como un indicador combinado con dos componentes. En salud (y en seguridad social) adopté lo que llamé el método mixto: verificación directa (o vía NBI) para quienes están afiliados a una institución que les provee, sin pago por evento, los tres niveles de atención; y para quienes no están afiliados, verificación indirecta vía la capacidad de pago (salud), que se calcula añadiendo a la LP el costo del seguro voluntario del IMSS. A partir de la puesta en operación del llamado Seguro Popular de Salud y del Programa de Atención Médica y Medicamentos Gratuitos del GDF (PAMMGDF), ambos servicios en los cuales la población se afilia y no tiene que realizar pagos por evento, los incorporé también en la verificación directa pero *como cobertura parcial de la necesidad de atención personal en salud*, pues no cubren los tres niveles de atención. Como en el MMIP no se construyen, en NBI, variables dicotómicas sino multicotómicas, valoradas numéricamente para conformar escalas métricas, es perfectamente posible este tipo de valoraciones intermedias en las que se adjudica un valor a la semi-satisfacción de una necesidad. En su MMMP, el Coneval considera insatisfecha la necesidad de atención a la salud sólo cuando una persona *no cuenta con ningún servicio de salud*; es decir, considera en pie de igualdad los servicios médicos del IMSS, ISSSTE, Seguro Popular o cualquier otro al cual la población declare estar afiliada. Por el otro lado, y este error es más grave y más importante numéricamente, clasifica como no carentes a

los afiliados al Seguro Popular o al PAMMGDF. Dejo sin analizar los indicadores de seguridad social del MMIP y del MMMP del Coneval.

<http://www.julioboltvinik.org/>; jbolt@colmex.mx



* La metodología de Coplamar descuenta de la capacidad potencial absoluta las pérdidas por concentración geográfica e institucional de los recursos, lo que no pude hacer en esta serie.
Fuente: Julio Boltvinik, "Condiciones de vida y niveles de ingreso en México" (fuente completa en texto)