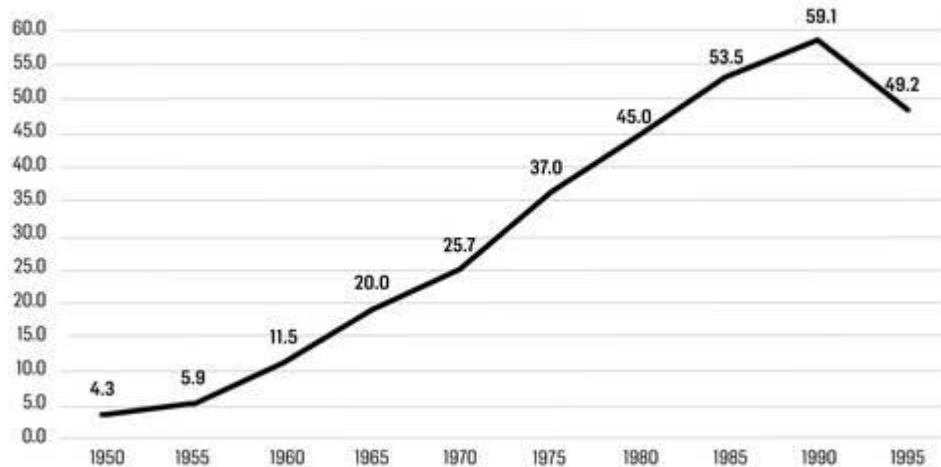


Economía Moral

Recordar el 68. De 1960 a 1970 más que se duplicó la cobertura de la seguridad social

JULIO BOLTVINIK

Población derechohabiente de la seguridad social como % de la población del país. 1950-1995



Fuentes: elaboración propia a partir de Estadísticas Históricas de México, Inegi, tomo I, cuadro 4.3, para 1950, 1955 y 1960; para los demás años, Julio Boltvinik, cuadro 13, p. 173, de la *La satisfacción de las necesidades esenciales en México en los setenta y ochenta* en Pablo Pascual y José Woldenberg (coords.), *Desarrollo, desigualdad y medio ambiente*, Cal y Arena, 1994

Entre las modalidades de atención pública de la salud vigentes en los años 60 y 70, sólo la de las instituciones de seguridad social (SS) cumplía con los requisitos de una atención adecuada, que son: *accesibilidad geográfica y económica; disponibilidad y suficiencia de los recursos físicos, humanos y financieros; aceptabilidad del servicio y continuidad de sus acciones; y estar estructurado en tres niveles de atención con un sistema de referencia para movilizar ágilmente a los pacientes a través de ellos*” (*Salud*. Vol. cuatro, serie *Necesidades esenciales en México*, Coplamar-Siglo XXI editores, 1982). Los servicios a población abierta (Secretaría de Salud) no cumplían estas condiciones. Aunque tenían unidades en los tres niveles carecían de sistema de referencia, su cobertura geográfica era insuficiente y la

atención requería de un pago y la compra de muchos medicamentos, imponiendo una barrera económica de acceso. Con la manera usual de calcular la cobertura de los servicios personales de salud, que consistía en sumar la población derechohabiente de cada una de las instituciones de SS y añadirle la población que las instituciones de asistencia declaran atender, se alcanzaban coberturas muy altas (85 por ciento de la población en 1982). Este procedimiento es inadecuado porque: una persona puede ser derechohabiente de dos o más instituciones de SS; la cobertura nominal de la SS no corresponde a su capacidad real de atención; y el concepto de cobertura nominal no es aplicable a las instituciones de asistencia.

A pesar de esto es clave destacar la evolución de la cobertura nominal de la SS (suma de las del IMSS, Issste, FFCC, Pemex, Sedena y Secmar) en el periodo 1950-1995, como porcentaje de la población del país (véase gráfica). Puesto que el IMSS se creó en 1943 y el Issste en 1961, en 1950 y 1955 las coberturas eran muy bajas (4.3 y 5.9 por ciento de la población). Resulta lógico el muy rápido crecimiento posterior, habiendo llegado la cobertura nominal en 1970 a 25.7 por ciento (22 por ciento en 1968). El crecimiento acelerado continuó hasta 1990 y cayó de 1990 a 1995, anunciando el inicio de un largo estancamiento. Pero la cobertura nominal en salud no es real. Para acercarse a ésta es necesario usar *indicadores de la capacidad de atención* (adecuada) a la salud con base en recursos. En Salud se adoptaron indicadores normativos de la capacidad de atención de seis recursos: médicos, enfermeras, camas, gabinetes de rayos X, laboratorios clínicos y quirófanos. Por ejemplo, se definió que un médico puede atender bien a mil 117 habitantes. Si se cuenta con mil médicos se podrán atender bien a un millón 117 mil personas. En conjunto, *la capacidad de cobertura potencial* se definió como el promedio simple de dichos indicadores. Para pasar de esta a la capacidad real de cobertura por recursos es necesario descontar las pérdidas por concentración institucional (capacidad excedente que no se utiliza porque los no atendidos no son derechohabientes) y concentración geográfica (hay capacidad excedente, pero la población no atendida vive en otras áreas geográficas). Para el conjunto de las instituciones de SS, en el volumen Salud calculamos tanto la cobertura potencial como real sólo en 1978, cuando la cobertura nominal era de 24.7 millones de personas (39.8 por ciento de la población

nacional). La cobertura potencial fue de 17.6 millones de personas (28.4 por ciento de la población); las pérdidas por concentración geográfica e institucional de 1.8 millones; por tanto, la *cobertura real por recursos* fue de 15.8 millones, 25.4 por ciento de la población del país. La cobertura real fue de 63.8 por ciento de la nominal, lo que significa que las instituciones de SS sólo podían atender adecuadamente, en salud, a la cuarta parte de la población del país. Aplicando el cociente cobertura real entre nominal de 1978 a la cobertura nominal de 1968, que fue de 22 por ciento, estimé que la cobertura real sería de sólo 14 por ciento. También calculamos la capacidad de cobertura potencial de los servicios de salud a *población abierta* del sector público (asistencia social). En Salud, calculamos que, en 1978, esta capacidad de cobertura potencial era de 12.9 por ciento de la población demandante y que, en 1980 aumentó a 19 por ciento, lo que se explica por el inicio del programa IMSS-Coplamar. En 1994 fue de 25.7 por ciento. Al sumar las capacidades de cobertura real de las instituciones de SS y las de población abierta, en 1978 la capacidad de cobertura real del sector público era de 42.4 por ciento. Para 1982 valoré la cobertura potencial en 47.7 por ciento, contra 85 por ciento oficial. En 1994 la cobertura real sería de 58.6 por ciento. En 1968 la capacidad de cobertura real del sector público habría sido de alrededor de 40 por ciento.

Asiste al Conversatorio sobre el ME68: martes 11 a las 17 horas, en el Colmex. [Ve el poster.](#)

www.julioboltvinik.org

julio.boltvinik@gmail.com